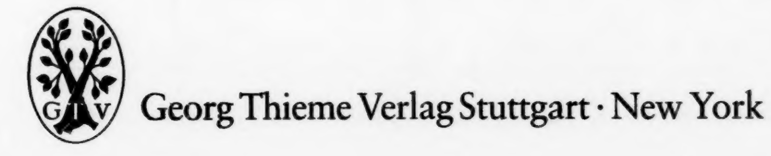
Deutsche Medizinische Wochenschrift

Anschrift für Schriftleitung und Georg Thieme Verlag: 7000 Stuttgart 30, Rüdigerstraße 14

Inhaltsverzeichnis für den 107. Jahrgang
1. Halbjahr 1982 Hefte 1–26



Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York

Sachverzeichnis[1]

A

[1] Die fettgedruckten Zahlen bedeuten Originalarbeiten, die Kursivzahlen Mediquiz.

E

F

G

T

Verhandlungsberichte

Mediquiz

Fall 939 1

Steroidhaut. – Es handelt sich um das typische Bild eines iatrogen entstandenen Steroidschadens. Der primäre Grund für die Anwendung der Glucocorticoide läßt sich retrospektiv selten ermitteln. Ist einmal ein Steroidschaden eingetreten, so kommt es nach Absetzen der Glucocorticoide regelmäßig zunächst zu einer Exazerbation der Hauterscheinungen. Daraufhin wird die Behandlung oft über lange Zeit fortgeführt, so daß Schäden bis zum Bild eines Naevus flammeus auftreten können. Die Therapie besteht in radikalem Absetzen der externen Glucocorticoide und Behandlung mit austrocknenden Lotiones; in schweren Fällen können diese unterfettet werden. Zugleich sind manchmal Analgetika erforderlich.

Privatdozent Dr. H. Pullmann, Universitäts-Hautklinik Köln

Fall 940 2

Multiple Lungenembolien. – Die postero-anteriore Thoraxaufnahme zeigt eine »teilamputierte« linke Lungenwurzel mit erhöhter Strahlentransparenz der linken Thoraxseite sowie lokale Oligämien auch rechts. Die erhöhte Strahlentransparenz einer Lungenseite als Hinweis auf Embolien ohne Infarzierung im Sinne des Westermarkschen Zeichens erreicht eine noch höhere Spezifität, wenn die Gefäßrarefizierung im Vergleich mit Voraufnahmen neu ist. Auch bei Normalpersonen findet sich in etwa 25% ein geringer, in etwa 0,5% ein stärker ausgeprägter Transparenzunterschied zwischen beiden Lungen. Die Perfusionsszintigraphie (^{99m}Tc-MAA) mit weit mehr als zwei Segmentausfällen in röntgenologisch nicht verschatteten Lungenabschnitten sicherte die Diagnose.

Die Patientin erlitt 24 Stunden später einen schweren Kreislaufschock, hat diese wahrscheinlich erneute Aussaat von Embolien aber infolge der entsprechenden Behandlung sehr gut überstanden und ist inzwischen fast beschwerdefrei wieder zu Hause.

Dr. W. Lotz, Abteilung für Radiologie und Nuklearmedizin des Kreiskrankenhauses Stormarn, Bad Oldesloe

Fall 941 41

Aplasia cutis congenita. – Das Fehlen eines Traumas oder einer primär entzündlichen Affektion weist auf das Krankheitsbild der Aplasia cutis congenita hin. In über 80% der Fälle finden sich diese Hautdefekte im Kopfhaarbereich und hier wiederum am häufigsten über den Scheitelbeinen. Nur selten werden sie am Stamm oder an den Extremitäten angetroffen. Multiple, meist dann symmetrisch gelegene Hautdefekte sind möglich. Die Ursache ist unbekannt. Intrauterine Traumen sowie erbliche Faktoren werden diskutiert. Bei der Abheilung entsteht eine atrophische Narbe.

Prof. Dr. H. Manzke, Universitäts-Hautklinik Kiel

Fall 942 42

AV-Block III. Grades mit wechselndem Kammererregungszentrum. – Es besteht keine Beziehung zwischen den P-Wellen (Frequenz 83/min) und den Kammergruppen (Frequenz im linken Teil der Abbildung 34/min, im rechten Teil 45/min). Also: AV-Block III. Grades. Die schmalen Kammergruppen im linken Teil der Abbildung weisen auf ein hochsitzendes proximales Erregungszentrum, die breiten Kammergruppen im rechten Teil der Abbildung auf ein tiefes distales Kammererrungszentrum hin.

Prof. Dr. T. Pop, II. Medizische Universitätsklinik Mainz

Fall 943 81

Panmyelopathie. – Typischer Befund bei der Mehrzahl der Panmyelopathien ist die Abnahme der Zelldichte auf weniger als 10% und die Vermehrung der Fettzellen. Fleckförmig finden sich hyperplastische Bezirke. Hier finden sich vor allem basophile Erythroblasten, vielfach fehlen die Megakaryozyten. Im vorliegenden Ausstrich zeigen sich vor allem basophile Megakaryozyten und zum Teil vakuolisierte Promyelozyten. Immer vermehrt sind Plasmazellen, Lymphozyten, Retikulumzellen und Mastzellen. In diesem Fall ist die Abgrenzung von einer Promyelozytenleukämie sicher.

Prof. Dr. J. Th. Fischer, Medizinische Universitätsklinik A, Düsseldorf

Fall 944 82

Myositis ossificans localisata. – Die spongiosaähnliche Struktur spricht für eine metaplastische Verkalkung von Weichteilgewebe, wobei es sich im vorliegenden Fall wohl um eine Ossifikation des M. brachialis handelt. Der Patient wies gleiche Veränderungen im Axillenbereich beiderseits sowie im Bereich der Extensoren und Adduktoren der Hüftgelenke auf. Weichteilhämatome, Gelenkluxationen oder Frakturen waren nicht eruierbar. Die Verknöcherungen sind als neuropathische, posttraumatische Veränderungen mehrerer Muskeln nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma aufzufassen. Fehlen nervaler Reize, lokale Stoffwechselstörungen oder Mikroblutungen kommen als ätiologische Faktoren in Betracht. Das Krankheitsbild der Myositis ossificans localisata ist differentialdiagnostisch abzugrenzen von der Myositis ossificans progressiva und der Calcinosis universalis.

Dr. W. Kegel, Städtische Krankenanstalten Saarbrücken, Zentrum für Radiologie

Fall 945 121

Narbensarkoidose. – Das Auftreten von Sarkoidosegranulomen in Narben ist nicht ungewöhnlich. Histologisch fanden sich bei der Patientin die typischen, nicht verkäsenden epitheloidzelligen Granulome ohne entzündliche Umgebungsreaktion. Im Mittelschnitt-Tomogramm fanden sich beiderseits verplumpte Hili mit polyzyklischer Begrenzung. Die Granulome in den Narben bildeten sich während einer vierwöchigen Therapie mit Prednisolon in absteigenden Dosen, beginnend mit 20 mg pro Tag, zurück.

Privatdozent Dr. H. Pullmann, Universitäts-Hautklinik Köln

Fall 946 122

Die Herzaktionen 1, 3 und 5 zeigen eine *ventrikuläre Parasystolie.* Hierfür sprechen ein variables Kopplungsintervall sowie der Kombinationsschlag 5; das parasystolische Intervall von 1, 3 und 5 beträgt 1720 ms. Speziell bei akuter Koronarreperfusion kann häufig eine Parasystolie festgestellt werden, die als Arrhythmie relativ harmlos ist.

Gerade beim akuten Myokardinfarkt besteht nach ventrikulären Extrasystolen (hier Parasystolen 1 und 3) eine verstärkte Inhomogenität des ventrikulären Myokards. Die Herzaktionen 2 und 4 zeigen eine spät in die Diastole nach der P-Welle einfallende, wahrscheinlich durch einen Reentry-Mechanismus ausgelöste ventrikuläre Extrasystole. Es besteht eine fixe Kopplung zu den vorausgehenden Parasystolen.

Bei konstantem P-P-Intervall und verkürzter PQ-Zeit kann bei den Schlägen 2 und 4 eine supraventrikuläre Extrasystolie oder eine aberrierende atrioventrikuläre Überleitung ausgeschlossen werden.

Dr. H. Lambertz, Abteilung Innere Medizin I, Klinikum der Technischen Hochschule Aachen

Fall 947 161

Harlekin-Farbwechsel. – Es handelt sich um ein seltenes und zumeist harmloses Erscheinungsbild bei reifen und – etwas häufiger – bei unreifen Neugeborenen während der ersten Lebenswochen. Die Ursache ist unklar. Wahrscheinlich besteht eine Regulationsstörung des autonomen Nervensystems, welche bei Seitenlage des Kindes zu einer dunkelroten Verfärbung der aufliegenden und Abblassung der oben befindlichen Körperhälfte führt. Die Trennlinie verläuft streng median. Bei Lagewechsel tritt eine Umkehr der Hautverfärbung beider Körperhälften auf. Im allgemeinen dauert der Farbwechsel nur wenige Minuten und verschwindet bei Muskelaktivität des Kindes. Gelegentlich, wie auch bei diesem Neugeborenen, kann die Halbseitenblässe stundenlang andauern. In solchen Fällen muß eine pathologische Störung der hypothalamischen Zentren, die den Gefäßtonus regulieren, erwogen werden. Bei diesem Patienten hatte eine intrakranielle Blutung bestanden. Die statomotorische Entwicklung des Kindes verlief verzögert.

Prof. Dr. H. Manzke, Universitäts-Kinderklinik Kiel

Fall 948 162

Benigne Ösophagusstriktur im oberen Ösophagusdrittel bei intramuraler Pseudodivertikulose. – Die Endoskopie mit dem Kindergastroskop TX 7 war wegen erheblicher Striktur nur bis Ösophagusmitte möglich. Die entnommenen Biopsien und Bürstenabstriche ergaben histologisch und zytologisch unauffälliges Ösophagusepithel ohne Malignitätsanhalt. Rachenabstriche und Serologie ergaben keinen Anhalt für Soorbefall. Eine Sklerodermie schied aus; antinukleäre Antikörper und Antikörper gegen glatte Muskulatur waren nicht erhöht.

Die intramurale Pseudodivertikulose des Ösophagus ist eine seltene Erkrankung, deren Ätiologie unbekannt ist. Sie ist charakterisiert durch Ausweitung der submukösen Drüsenelemente des Ösophagus. Im radiologischen Bild lassen sich multiple, kragenknopfähnliche Einstülpungen der Mucosa in die Wand nachweisen; sie erlauben die sichere Diagnose. Nach Bougierungsbehandlung der Striktur ist die Patientin beschwerdefrei. Röntgenologische Verlaufskontrollen zeigten ein unverändertes Bild der intramuralen Divertikel.

Dr. Appel und Dr. Rehnitz, Abteilung für Röntgendiagnostik (Chefarzt: Privatdozent Dr. Treichel) der Krankenanstalten Ludwigsburg

Fall 949 201

Idiopathische Thrombozytopenie (M. Werlhof). – Das Knochenmark zeigt eine normale oder erhöhte Zelldichte, die zumeist durch die Steigerung der Erythropoese bedingt ist. Es kommen stets reichlich Megakaryozyten in charakteristischen nestförmigen Ansammlungen vor. Hierbei überwiegen basophile unreife Formen. Da der Erkrankung beweisende morphologische Zeichen fehlen, liegt die Bedeutung der morphologischen Diagnostik mehr im Ausschluß anderer hämatologischer Erkrankungen, die mit einer Thrombozytopenie einhergehen. Megakaryozytennester wie in dieser Abbildung können bei allen genannten Erkrankungen gesehen werden.

Prof. Dr. J. Th. Fischer, Medizinische Universitätsklinik A, Düsseldorf

Fall 950 202

Verkalkte Echinococcuszysten in der Leber. – Die Echinokokkose wird durch die Larven des E. granulosus oder E. multilocularis hervorgerufen. Der E. granulosus bildet wenige große Zysten, vor allem in der Leber und in den Lungen, der E. multilocularis dagegen multiple kleine Zysten, wie hier in der Leber.

Echinokokken werden im Darm von Hunden, Wölfen und anderen Kaniden gefunden. Die Eier werden über den Stuhl ausgeschieden, von Zwischenwirten, wie Schafen, Rindern, Schweinen oder auch von Menschen, mit der Nahrung aufgenommen. Die Embryonen (Larven) gelangen aus den Eiern über die Darmschleimhaut, über den Pfortaderkreislauf in Leber, Lunge, Hirn, Nieren, Knochen oder andere Organe. Larven, die nicht phagozytiert und zerstört werden, entwickeln sich zu Hydatidzysten, aus denen sich wiederum Tochterzysten entwickeln.

Dieser Patient gab an, sich vor drei Jahrzehnten, in einer Zeit schwerster Unterernährung, von rohem Hunde- und Ziegenfleisch ernährt zu haben. In dem erst jetzt entstandenen Abszeß fanden sich kleine »eierschalenähnliche«, rundliche Verkalkungen, die als Hydatidzysten interpretiert wurden. Sie gelangten durch ein Versehen nicht zur histologischen Untersuchung. In der Abszeßflüssigkeit konnten nur Yersinia pseudotuberculosa und Salmonella typhi nachgewiesen werden. Calcifizierungen sollen eine inaktive Cyste kennzeichnen, was jedoch nicht immer zutrifft, wie in diesem Fall. Der Casoni-Test kann immunologisch die Diagnose bestätigen.

Literatur: Harrison: Principles of Internal Medicine. 7th ed. (McGraw-Hill: New York–Toronto–London 1974).

Dr. W. Lotz, Abteilung für Radiologie und Nuklearmedizin, Kreiskrankenhaus Stormarn, Bad Oldesloe

Fall 951 241

Erythroplasie Queyrat. – Die Erythroplasie Queyrat, wie sie hier in typischer Weise abgebildet ist, ist der Morbus Bowen der Genitalschleimhaut. Sie ist eine obligatorische Präkanzerose eines Peniskarzinoms. Die Diagnose wird histologisch gesichert. Die Therapie besteht in Exzision oder Röntgenweichstrahlbehandlung.

Privatdozent Dr. H. Pullmann, Universitäts-Hautklinik Köln

Fall 952 242

Frischer Hinterwandinfarkt bei komplettem Linksschenkelblock. In den nächsten Stunden stieg die CK bis auf 763 U/l an. Ein kompletter Linksschenkelblock läßt im allgemeinen die Diagnose

eines Herzinfarktes nicht zu. Eine Ausnahme bildet gelegentlich der frische Hinterwandinfarkt. Die ST-Streckenhebung in den Ableitungen II, III und aVF mit reziproken Veränderungen in den Ableitungen I und aVL sichert in Verbindung mit dem CK-Anstieg die Diagnose eines frischen Hinterwandinfarktes auch beim kompletten Linksschenkelblock.

Prof. Dr. T. Pop, II. Medizinische Universitätsklinik Mainz

Fall 953 281

Reaktive Eosinophilie. – Im Stuhl konnten Eier des Fischbandwurms nachgewiesen werden, die möglicherweise auf den Verzehr eines Karpfens zurückzuführen waren. Hinweise auf einen Tumor ergaben sich nicht. Alle übrigen Laboratoriumsbefunde waren unauffällig. Eine Eosinophilenleukämie ist ausgesprochen selten und bei normalen Werten der übrigen hämatologischen Parameter ausgeschlossen.

Prof. Dr. J. Th. Fischer, Medizinische Universitätsklinik A, Düsseldorf

Fall 954 282

Brodie-Abszeß (umschriebene, fokale, chronische Osteomyelitis) der Tibia, operativ bestätigt. – Die gut abgrenzbare kleine Zone erhöhter Strahlentransparenz innerhalb einer großen Zone reaktiver Sklerosierung ist typisch für einen chronischen Infekt. Der Brodie-Abszeß ist meistens Folge einer akut abgelaufenen Osteomyelitis mit Erregern niedriger Virulenz.

Literatur: (1) Murray, R. O., H. G. Jacobsen: The Radiology of Skeletal Disorders, Vol. 1 (Churchill Livingstone: Edinburgh–London–New York 1977), 518. – (2) Anderson, W. A. D., Th. M. Scotti: Synopsis of Pathology. 9th ed. (Mosby: St. Louis 1976), 1037.

Dr. D. Schulz, Abteilung für Radiologie und Nuklearmedizin des Kreiskrankenhauses Stormarn, Bad Oldesloe

Fall 955 321

Ekzema herpeticatum. – Bei Patienten mit endogenem Ekzem besteht eine Schwäche der Infektabwehr, die durch Sonnenexposition noch verstärkt werden kann. In dieser Situation kann es zu einer generalisierten Herpes-Infektion kommen. Bei diesem Patienten konnte Herpesvirus hominis nachgewiesen werden. Die Gefahr besteht vorwiegend in der Entwicklung einer Herpes-Enzephalitis. Superinfektionen an der Haut müssen bekämpft werden.

Privatdozent Dr. H. Pullmann, Universitäts-Hautklinik Köln

Fall 956 322

Prominente Ileocoecalklappe (Varianz). – Der sternförmigen Figur in der Mitte der Ileocoecalklappe entsprechen Schleimhautfalten des terminalen Ileums. Der Nachweis dieser sternförmigen Figur zusammen mit der glatten Begrenzung der Klappe selbst zeigt, daß die Ileocoecalklappe normal ist. Größe und Lokalisation der Klappe können stark variieren. So kann die Ileocoecalklappe an der Hinterwand oder, wie hier, an der seitlichen Kolonwand liegen.

Literatur: Berk, R. N., E. C. Lasser: Radiology of the Ileocecal Area (Saunders: Philadelphia–London–Toronto 1975).

Dr. W. Lotz, Abteilung für Radiologie und Nuklearmedizin, Kreiskrankenhaus Stormarn, Bad Oldesloe

Fall 957 361

Hämolytisch-urämisches Syndrom. – Neben der akuten Anämisierung, dem Kleinkindesalter und dem Nierenversagen sind typisch die im peripheren Blut auftretenden Normoblasten und unreifen Granulozyten bis hin zum Myelozyten. Besonders typisch sind die Fragmentozyten, mehr oder weniger stark zertrümmerte Erythrozyten; sie entstehen in den mikroangiopathisch veränderten Blutgefäßen der Niere. Auf sie lassen sich auch die anderen Symptome – Thrombopenie, Hämolyse und Urämie – zurückführen.

Prof. Dr. P. Sachtleben, Kinderklinik der Kliniken »St. Elisabeth«, Neuburg/Donau.

Fall 958 362

Bariumaspiration bei gastrokolischer Fistel. – Typischerweise läßt sich die Magen-Querdarm-Fistel durch einen Kontrasteinlauf nachweisen (1), während die Magenfüllung meist nicht zu einer Fisteldarstellung führt. In diesem Falle hatte eine Regurgitation des Kontrastmittels zu einer Aspiration von Bariumbrei geführt. Die normalerweise führenden Symptome der gastrokolischen Fistel wie Malassimilation mit Durchfällen und Gewichtsverlust, hervorgerufen durch den partiellen oder totalen Ausschluß des Dünndarms aus der Nahrungspassage, waren bei dem Patienten nicht ausgeprägt. Es bestanden lediglich uncharakteristische Bauchbeschwerden. Das häufig diagnoseweisende Miserere durch Eintreten von Dickdarminhalt in den Magen fehlte völlig.

Gastrokolische Fisteln sind insgesamt selten. Die Erstbeschreibung erfolgte durch Haller 1755 (2), bis 1940 sind nur insgesamt 140 Fälle beschrieben (3).

Als Ursachen werden am häufigsten Ulcera peptica jejuni nach Magenresektion mit retrokolischer Gastroenterostomie, Maligome des Magens, Kolons oder auch des Pankreas genannt, vereinzelt auch Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Kolondivertikel, Abszesse nach perforierten Appendizitiden, Darmtuberkulose, Syphilis, Traumen und Magenulzera (4).

Im vorliegenden Fall wurde endoskopisch durch Biopsie ein Carcinoid des Duodenums gesichert, was bisher nicht beschrieben ist.

Literatur: (1) Thoeny, R. H., J. R. Hodgson, H. H. Scudamore: The roentgenologic diagnosis of gastrocolic and gastrojejunocolic fistulas. Amer. J. Roentgenol. 83 (1960), 876. – (2) Haller, zitiert nach Murchison, C.: Cases of gastro-colic fistula, with observations on its pathology diagnosis etc. Edinb. med. J. 3 (1857), 4. – (3) Lahey, F. H., S. F. Marshall: The surgical management of some of the more complicated problems of peptic ulcer. Surg. Gynec. Obstet. 76 (1943), 641. – (4) Cody, J. H., F. C. Divincenti, D. R. Cowick, J. R. Mahanes: Gastrocolic and gastrojejunocolic fistulae. Report of twelve cases and review of the literature. Amer. Surg. 181 (1975), 376.

Privatdozent Dr. E. Bertram und Dr. W. Vanscheid, Chirurgische Universitätsklinik Freiburg

Fall 959 401

Atrophodermia vermiculata. – Dieses seltene, hereditäre Krankheitsbild ist auch unter der Bezeichnung Folliculitis ulerythematosa reticulata bekannt. Histologisch findet man neben follikulären Hyperkeratosen und Milien massive Ansammlungen von elastischen Fasern interfollikulär, die jedoch nicht die Epidermis perforieren.

Häufiger ist die Pseudoatrophodermia vermiculata mit »wurmstichartigen« Närbchen, wie sie vorwiegend als Defektheilung nach Akne auftreten.

Privatdozent Dr. H. Pullmann, Universitäts-Hautklinik Köln

Fall 960 402

Bromcarbamidintoxikation mit großer Tablettenrestmenge im Fundus und Corpusanteil des Magens. – Die Tabletten verbacken im sauren Milieu des häufig atonischen Magens zu wasserunlöslichen Klumpen, die der Magenwand fest anhaften. Sehr häufig sind sie weder durch mehrfache Magenspülungen noch durch gezieltes Absaugen unter gastroskopischer Kontrolle, wie hier geschehen, zu entfernen. Die Methode der Wahl ist dann die operative Detoxikation, also die Entfernung der röntgenschattengebenden Tablettenreste durch Gastrotomie. Die Patientin war zwei Tage nach der Gastrotomie wieder ansprechbar und ist inzwischen nach Hause entlassen.

Der Anteil der Bromcarbamidvergiftungen an der Gesamtzahl der Schlafmittelintoxikationen ist, seitdem Bromcarbamide rezeptpflichtig geworden sind, erheblich zurückgegangen, nach Literaturangaben in Hamburg von vorher 50% auf jetzt 5%.

Literatur: Feustel, P., U. Kschowak, K. Püschel: Gastrotomie bei Bromcarbamidvergiftungen – eine zusätzliche Detoxikationsmethode. Med. Welt (Stuttg.) 31 (1980), 1675.

Dr. W. Lotz, Abteilung für Radiologie und Nuklearmedizin des Kreiskrankenhauses Stormarn, Bad Oldesloe

Fall 961 441

Eisenmangel nach Einsetzen der Therapie. – Bei Klinikaufnahme betrug der Hämoglobingehalt 88 g/l, MCH 22 pg, Serum-Eisen 3,0 µmol/l (17 µg/dl). Der Ausstrich wurde eine Woche nach Beginn der Eisentherapie angefertigt. Es liegt eine Mischung von (alten) Hb-armen und (neuen) Hb-reichen Erythrozyten vor. Die Retikulozytenzahl lag bei 50 ‰, das Hämoglobin bereits bei 95 g/l. Das Kind war einseitig (Adipositas) ernährt worden ohne tägliche Gemüse- und Obstmahlzeiten.

Prof. Dr. P. Sachtleben, Kinderklinik der Kliniken »St. Elisabeth«, Neuburg/Donau

Fall 962 442

Atrioventrikulärer Block II. Grades mit alternierendem funktionellem Linksschenkelblock. – In den Extremitätenableitungen liegen eine atrioventrikuläre 2 : 1-Blockierung (Typ Mobitz), ein überdrehter Linkstyp und uncharakteristische Störungen der Erregungsrückbildung in I und aVL vor. In den Brustwandableitungen wird jede dritte P-Welle (am Ende der T-Welle in V_1 erkennbar) nicht übergeleitet. Auf jede zweite P-Welle folgt eine linksschenkelblockartige Erregung der Kammern. Die jeweils erste P-Welle wird dank einer längeren vorangehenden Pause ohne Linksschenkelblock übergeleitet, aber mit überdrehtem Linkstyp als Ausdruck eines linksanterioren Hemiblocks. Die alternierende Form des kompletten Linksschenkelblocks kann somit auf zusätzliche frequenzabhängige Blockierung des linksposterioren Schenkels zurückgeführt werden. In früheren EKG-Ableitungen dieser Patientin war bei regelmäßig übergeleitetem Sinusrhythmus konstant ein kompletter Linksschenkelblock nachweisbar. Der R-Verlust in V_2 und V_3 und die terminal negative T-Welle in V_2 werden als Ausdruck einer Narbe nach supraapikalem Vorderwandinfarkt gedeutet.

Prof. Dr. F. Heinrich, Medizinische Klinik, Krankenhaus Fürst-Stirum-Stiftung, Bruchsal

Fall 963 481

Lupus vulgaris. – Unter Glasspateldruck zeigen sich die typischen »apfelgeleefarbenen« Infiltrate. Histologisch sind teils verkäsende tuberkuloide Granulome mit entzündlicher Umgebungsreaktion richtungweisend für die Diagnose, die schließlich durch Bakterienkultur oder den Tierversuch bestätigt wird. Therapeutisch ist die alleinige Gabe von Isoniazid meist ausreichend.

Dr. M. Kurka und Privatdozent Dr. H. Pullmann, Universitäts-Hautklinik Köln

Fall 964 482

Teratom. – Das Computertomogramm zeigt aufgrund seiner höheren Dichteauflösung sehr viel besser als das konventionelle Röntgenbild die inhomogene Struktur des Tumors, in dem sich kalkhaltige und fetthaltige Anteile darstellen. Dieses bunte Bild ist typisch für ein Teratom, in dem ektodermale, mesodermale und entodermale Gewebe zusammen auftreten können.

Teratome sind mit 10–15% aller Mediastinaltumoren relativ häufig. Wenn auch schon seit Geburt angelegt, treten sie klinisch meist erst im zweiten und dritten Lebensjahrzehnt in Erscheinung. Sie liegen meist im vorderen Mediastinum in der Nähe der großen Gefäße.

Der Befund wurde histologisch bestätigt; der Tumor erwies sich jedoch als inoperabel.

Dr. H. Treugut, Medizinisches Strahleninstitut der Universität Tübingen

Fall 965 521

AB0-Erythroblastose (korrekt: Morbus haemolyticus neonatorum bei Inkompatibilität im AB0-System). – Die Mutter hatte die Blutgruppe 0, Rh +, das Kind B, Rh +. Im Ausstrich finden sich Normoblasten und echte Kugelzellen. Nach Blutaustauschtransfusion fiel die Retikulozytenzahl auf 9‰, das Serum-Bilirubin auf 5,5 µmol/l (0,32 mg/dl).

Prof. Dr. P. Sachtleben, Kinderklinik der Kliniken »St. Elisabeth«, Neuburg/Donau

Fall 966 522

Supraventrikuläre paroxysmale Tachykardie mit AV-Block II. Grades 2 : 1, Typ Mobitz. – Es besteht ein regulärer Sinusrhythmus mit einer Vorhoffrequenz von 270/min. Die P-Wellen folgen mit einem gleichen Abstand, die PQ-Entfernung ist mit 0,12 s konstant. Nach jeder zweiten P-Welle ist als Folge der blockierten AV-Leitung keine Kammergruppe nachweisbar, dementsprechend beträgt die Kammerfrequenz 135/min.

Dr. J. Szentklaray, Sanatorium der Barmherzigen Brüder, Bad Reichenhall

Fall 967 561

Fasciitis necroticans. – Nach primären Hauterscheinungen, entsprechend einem Erysipel, entwickelt sich nach 2–4 Tagen auf einer zunehmend unscharfen Rötung mit Schwellung eine zentrale Blase, die nekrotisch zerfällt und in Höhe des subkutanen Fettgewebes und der Muskelfaszie akut und schmerzlos unterminierend fortschreitet. Der Antistreptolysin-Titer braucht nicht erhöht zu sein, typisch sind dagegen erhöhte Anti-DNase-B-Titer und Antikörpertiter gegen Zellwandbestandteile der Streptokokken. Die Therapie besteht aus chirurgischer Inzision und Drainage des nekrotischen, toxischen Materials unter antibiotischer Abdeckung.

Dr. K. Enderer und Privatdozent Dr. H. Pullmann, Universitäts-Hautklinik Köln

Fall 968 562

Periostales Desmoid. – Bis auf das periostale Desmoid zeigen alle genannten Erkrankungen eine pathologische Aktivitätsanreicherung im Knochenszintigramm.

Die Lokalisation an der Innenseite der distalen Oberschenkelmetaphyse bei unauffälligem Knochenszintigramm ist kennzeichnend für diese benigne Knochenveränderung mit desmoidähnlichen, in die Corticalis einwachsenden Periostwucherungen. Auch die hier recht ausgedehnte Corticalisaufsplitterung sowie das noch fast jugendliche Alter der Patientin gleichen den wenigen bisher beschriebenen Fällen. Eine traumatische Genese wird diskutiert, erscheint jedoch zweifelhaft.

Wegen der Rückbildungstendenz erübrigt sich ein operativer Eingriff. Bei dieser Patientin trat nach zwei Monaten Schmerzfreiheit ein.

Dr. H. Treugut, Medizinisches Strahleninstitut der Universität Tübingen

Fall 969 601

Eisenmangel (und Thalassämie?). – Das Serumeisen lag bei 2,1 µmol/l (12 µg/dl). Nach Eisentherapie stieg die Retikulozytenzahl auf 48‰. Jedoch fanden sich im Ausstrich der Mutter ebenfalls zahlreiche Targetzellen, 20‰ Retikulozyten und eine Hämoglobinkonzentration von 128 g/l. Die Klärung durch Hämoglobinanalyse im Alter von neun bis zwölf Monaten war nicht mehr durchführbar.

Prof. Dr. P. Sachtleben, Kinderklinik der Kliniken »St. Elisabeth«, Neuburg/Donau

Fall 970 602

Reentry-Tachykardie bei retrograder Vorhoferregung (mittlerer Rhythmusstreifen) entweder auf dem Boden eines akzessorischen Bündels oder einer Längsdissoziation der AV-Bahn. Durch die plötzlich fehlende Vorhofmitarbeit und die erhöhte Kammerfrequenz kann initial – ähnlich wie vom »Pacemaker-Syndrom« bekannt – eine Synkope auftreten. Diese retrograden Vorhoferregungen erreichen die Kammern wiederum auf dem natürlichen Leitungsweg mit einem AV-Block I. Grades. Die Vorhöfe werden ordnungsgemäß von dem Schrittmachersystem wahrgenommen, und der Ventrikel wird mit der Verzögerungszeit von 100 ms stimuliert. Dieser Impuls bleibt in der Refraktärphase des Ventrikels noch unwirksam. Unter zusätzlicher Verapamilgabe erkennt man eine ventrikuläre Extrasystole wiederum mit retrograder Vorhoferregung. Aufgrund der etwas verzögerten Leitungsverhältnisse fällt der Kammerstimulus in die wieder erregbare Phase und führt zu einer Depolarisation. So trifft die antegrade AV-Leitung auf refraktäres Myokard, und eine Reentry-Tachykardie kann sich neuerlich nicht bilden.

Der antibradykard wirksame vorhofgesteuerte Schrittmacher wirkt in diesem Fall bei präoperativ nicht bekannter Neigung zu Reentry-Tachykardien unter entsprechender medikamentöser Konditionierung auch antitachykard. Die inzwischen erreichte Beschwerdefreiheit der Patientin ist retrospektiv mit Wahrscheinlichkeit eher auf die letztgenannte Wirkung zurückzuführen.

Dr. W. Jüsgen, Interne Abteilung des Kreiskrankenhauses Waldsassen

Fall 971 641

Kinky-hair-Syndrom. – Dieses Syndrom, auch unter den Bezeichnungen Trichopoliodystrophie und Menkes Stahlhaarkrankheit bekannt, ist eine X-chromosomal rezessiv vererbte Krankheit, deren Ursache offenbar ein inkompletter Block des intestinalen Kupfertransportes ist. Die Folge ist eine Erniedrigung des Kupfers und des Coeruloplasmins im Serum. Unter den Haarveränderungen dominieren die Pili torti. Klinisch im Vordergrund stehen dagegen Krampfanfälle, Wachstumsverzögerung und allgemeine psychomotorische Retardierung.

Dr. Sabine Heinicke, Privatdozent Dr. H. Pullmann, Universitäts-Hautklinik Köln

Fall 972 642

Duodenales Diaphragma. – Hier lag röntgenologisch der klassische Befund eines – in diesem Fall mehrfach perforierten – Duodenaldiaphragmas vor.

Kongenitale Obstruktionen dieser Art treten bei Morbus Down gehäuft auf. Ihnen liegt eine inkomplette Rekanalisation des während der ersten Fetalwochen soliden Darmlumens zugrunde. Dabei kann das Lumen durch große Epithelpfröpfe oder dünne Septen von Mucosa verschlossen sein. Neben der hier vorliegenden Form (»fenestrated type«) kommt eine Form mit zentralem Defekt vor (»iris type«).

Die Hyperperistaltik des Bulbus duodeni und der erkennbare Druckgradient des prä- und poststenotischen Duodenallumens demonstrieren radiologisch den Grad der Obstruktion.

Nach Resektion der Membran bildete sich die Symptomatik zurück.

Dr. H. Treugut, Medizinisches Strahleninstitut der Universität Tübingen

Fall 973 681

Erythema subitum. – Es wird auch Dreitagefieber genannt wegen des anfänglich hohen Fiebers ohne spezifische Symptome. Spezifisch und damit die anderen Diagnosen ausschließend sind aber das Erscheinen des Exanthems nach kritischer Entfieberung sowie das nun fast völlige, aber harmlose Verschwinden der Granulozyten.

Prof. Dr. P. Sachtleben, Kinderklinik der »Kliniken St. Elisabeth«, Neuburg/Donau

Fall 974 682

Weichteilemphysem. – Der auffallendste Befund ist eine isolierte Niedervoltage in den Ableitungen I und vor allem V_5 und V_6, bedingt durch ein von den Halsweichteilen ausgehendes lokalisiertes Luftemphysem im Bereich dieser Abnahmestellen.

Universitätsdozent Dr. I. Mutz, Kinderabteilung des Landeskrankenhauses Leoben

Fall 975 721

Nodöse Syphilis II. – Klinisch und histologisch bestand bei der Patientin zunächst der Verdacht auf ein kutanes Lymphom. Die Lues-Serologie erbrachte jedoch folgende Ergebnisse: TPHA reaktiv, VDRL 1 : 64, FTA-abs stark positiv, FTA-IgM-abs positiv. Im Liquor: VDRL 1 : 64. Wegen einer bekannten Penicillinallergie wurde die Patientin mit Tetracyclin behandelt. Dabei bildeten sich die Hautveränderungen schnell zurück, der VDRL-Titer fiel auf 1 : 16, der FTA-IgM-abs-Test wurde negativ.

Dr. R. Klein und Privatdozent Dr. H. Pullmann, Universitäts-Hautklinik Köln

Fall 976 722

Verletzung des Skelettsystems. – Die homogene Verschattung des gesamten Abdomens und Beckens sowie die fehlende Abgrenzung von Nieren- und Psoasrändern waren hervorgerufen durch ein riesiges retroperitoneales und abdominelles Hämatom. Die Ausdehnung der Blutung bis ins Becken führte zu einer ringförmigen Umfassung der Harnblase, die dadurch eine birnenförmige Deformierung erfuhr. Als Ursache des Hämatoms erkennt man eine Kompressionsfraktur des zweiten Lendenwirbels. Die metallische Struktur, deren Spitze links die Blasenkontur überragt, ist eine rektal eingebrachte Temperatursonde.

Dr. H. Treugut, Medizinisches Strahleninstitut der Universität Tübingen

Fall 977 761

Pertussis. – Die Lymphozytose kann sehr ausgeprägt sein. Gegen Leukämie sprechen die zahlreichen Thrombozyten, gegen ein Malignom das Fehlen von Kriterien der Bösartigkeit (unregelmäßige Kernstruktur, große Nukleolen, Basophilie des Plasmas), gegen infektiöse Lymphozytose die großen Lymphozyten mit lockeren Kernen. Für Pertussis sprechen schließlich die Hustenattacken, wenn sie auch noch nicht spezifisch pertussiform auftreten, da sich der Keuchhusten erst im Stadium incrementi befindet.

Prof. Dr. P. Sachtleben, Kinderklinik der Kliniken »St. Elisabeth«, Neuburg/Donau

Fall 978 762

Postoperative Aorteninsuffizienz mit Aortenreststenose. – Die Befunde sind charakteristisch für eine erhebliche Aorteninsuffizienz mit geringer Aortenreststenose nach Kommissurotomie einer zuvor hochgradig stenotischen bikuspiden Aortenklappe. Kennzeichen der bedeutsamen Aorteninsuffizienz sind die große Blutdruckamplitude, die Linkshypertrophiezeichen im Elektrokardiogramm, das überwiegend hochfrequente, decrescendoförmige Holodiastolikum in unmittelbarem Anschluß an den Aortenanteil des zweiten Herztons sowie der bisferiente Kurvenverlauf des Carotissphygmogramms. Hinweise auf die Aortenreststenose sind das systolische Austreibungsgeräusch sowie die angedeutet hahnenkammförmige Zähnelung der Carotispulskurve.

Der beschriebene Verlauf ist bei kongenitalen Aortenstenosen mit bikuspid angelegter Aortenklappe nicht selten. Die Diagnose wurde durch Linksherzkatheterung und Aortographie bestätigt. Ein bioprothetischer Klappenersatz ist vorgesehen.

Privatdozent Dr. H. E. Ulmer, Abteilung für Pädiatrische Kardiologie der Universitäts-Kinderklinik Heidelberg

Fall 979 801

Lichen ruber planus. – Juckende, polygonal begrenzte, in diesem Fall auch etwas anulär angeordnete blaurote Papeln mit netzförmiger Zeichnung (Wickhamsche Streifen) sind charakteristisch für den Lichen ruber planus. Sehr bezeichnend ist auch eine zusätzlich bestehende weiße, netzförmige Zeichnung an der Mundschleimhaut. Letztlich wird die Diagnose gesichert durch das charakteristische histologische Bild.

M. Muth und Privatdozent Dr. H. Pullmann, Universitäts-Hautklinik Köln

Fall 980 802

Gasbildende Weichteilinfektion. – Infolge diabetesbedingter Herabsetzung der Abwehrlage können sich bei einer Gewebszerstörung häufiger gasbildende Infekte entwickeln. In diesem Fall wurden Staphylokokken nachgewiesen. Bekannter, jedoch seltener ist die durch Clostridien hervorgerufene Gasbranderkrankung.

Dr. H. Treugut, Medizinisches Strahleninstitut der Universität Tübingen

Fall 981 841

Plasmazelle. – Es handelt sich um Röteln. Im Ausstrich finden sich 7% Zellen mit den Kriterien der Plasmazelle: relativ klein (nicht viel größer als Erythrozyt), dichtes, unruhiges Plasma, perinukleäre Aufhellung, dicht strukturiertes Kernchromatin, rundliche Kernkontur. Ähnliche Exantheme kommen bei Mononukleose (hier aber Pfeiffer-Zellen), Erythema subitum und Grippe (hier oft Lymphopenie oder -zytose) vor.

Prof. Dr. P. Sachtleben, Kinderklinik der Kliniken »St. Elisabeth«, Neuburg/Donau

Fall 982 842

Bedeutsamer Vorhofseptumdefekt. – Der Befund ist charakteristisch für einen hämodynamisch bedeutsamen Vorhofseptumdefekt vom Secundum-Typ. Im Elektrokardiogramm findet sich eine rechtsventrikuläre Leitungsverzögerung als Hinweis auf eine Volumenbelastung des rechten Ventrikels. Das Systolikum entspricht hinsichtlich des Punctum maximum und der Ausprägung einer funktionellen Pulmonalstenose bei großem Links-Rechts-Shunt auf Vorhofebene. Der zweite Herzton weist eine weite, konstante und fixierte Spaltung auf, die durch den großen pulmonalen Durchfluß entsteht. Über dem fünften Interkostalraum links-parasternal und der Herzspitze findet sich das frühdiastolische Geräusch einer funktionellen Trikuspidalstenose bei großem Vorhofseptumdefekt.

Die Diagnose wurde durch Herzkatheteruntersuchung bestätigt. Ein operativer Verschluß des Vorhofseptumdefekts ist vorgesehen.

Privatdozent Dr. H. E. Ulmer, Abteilung für Pädiatrische Kardiologie der Universitäts-Kinderklinik Heidelberg

Fall 983 881

Granulomatöse Rosacea. – Kennzeichnend für eine Rosacea ist der Befall von Nase, Wange, Stirn und Kinn mit Papeln und Pusteln. Die Hautveränderungen können sich aber auch auf den Hals sowie auf Brust und Rücken ausdehnen. Die für die Akne typischen Komedonen fehlen.

Typisch für die Rosacea ist ihre Irritierbarkeit durch Licht. Die Besserung durch Glucocorticoide ist trügerisch, nach Absetzen kommt es regelmäßig zur Exazerbation. Besonders auch histologisch ist eine granulomatöse Rosacea einer kleinknotigen Sarkoidose oft sehr ähnlich. In diesen Fällen muß zunächst eine weitere Manifestation der Sarkoidose ausgeschlossen werden.

M. Muth und Privatdozent Dr. H. Pullmann, Universitäts-Hautklinik Köln

Fall 984 882

Lipom. – Die glatten, regelmäßigen Konturen des Füllungsdefektes im Antrum sprachen für einen benignen Tumor, durch die sehr niedrigen fettypischen Dichtewerte von −97 Hounsfield-Einheiten im Computertomogramm ließ sich die Diagnose eines Lipoms stellen.

Magenlipome treten bevorzugt im Antrum auf. Sie können häufig pedunkuliert sein, nicht selten finden sich Ulzerationen.

Dr. H. Treugut, Medizinisches Strahleninstitut der Universität Tübingen

Fall 985 921

Normalbefund. – Die normale Hyperleukozytose findet sich in den ersten zwei bis drei Lebenstagen. Gegen eine Infektion spricht das Fehlen unreifer Granulozyten.

Prof. Dr. P. Sachtleben, Kinderklinik der Kliniken »St. Elisabeth«, Neuburg/Donau

Fall 986 922

Hochgradige Pulmonalstenose. – Gegen die Fallotsche Tetralogie sprechen bereits die klinischen Befunde der Rechtsherzinsuffizienz sowie die nur geringe Zyanose angesichts einer derart ausgeprägten rechtsventrikulären Hypertrophie und Schädigung im Elektrokardiogramm. Eine einfache Transposition der großen Gefäße wird im allgemeinen bereits in der Neugeborenenzeit durch eine deutliche Zyanose auffällig. Die nicht sichere Darstellung eines Pulmonalanteils des zweiten Herztons wäre mit der Annahme eines Truncus arteriosus communis vereinbar, wobei dann jedoch röntgenologisch bei einer Kardiomegalie die Lungengefäßzeichnung vermehrt sein sollte. Richtungweisend für die hochgradige isolierte valvuläre Pulmonalstenose (»kritische« Pulmonalstenose) sind von seiten des Elektrokardiogramms eine rechtsventrikuläre Hypertrophie derartigen Ausmaßes, daß sie eine Erhöhung des rechtsventrikulären Drucks über das Niveau des Systemkreislaufs vermuten läßt, sowie ein systolisches Herzgeräusch mit spätsystolischem Amplitudenmaximum, welches hier um mindestens 0,08 s über den Aortenanteil des zweiten Herztons hinausreicht und mit dem niederamplitudigen Pulmonalanteil endet, der hier nicht sicher abgrenzbar ist. Zeitlich gesehen, unter der PQ-Strecke, findet sich ein hochfrequenter pathologischer Vorhofton.

Die Diagnose wurde durch eine Herzkatheteruntersuchung bestätigt. Ein derartiger Befund stellt eine Indikation zur sofortigen invasiven Herzdiagnostik und zur umgehenden Herzoperation dar.

Privatdozent Dr. H. E. Ulmer, Abteilung für Pädiatrische Kardiologie der Universitäts-Kinderklinik Heidelberg

Fall 987 961

Angiosarkom. – Histologisch findet man massenhaft atypische Endothelzellen und Formationen von Gefäßspalten mit einem Netzwerk von Retikulinfasern.

Das Angiosarkom kann grundsätzlich überall auftreten. Drei besondere Formen sind das Angiosarkom der Extremitäten bei Kindern, das Steward-Treves-Syndrom und, wie in diesem Fall, das Angiosarkom der Kopfhaut älterer Menschen. Die durchschnittliche Überlebenszeit hierbei beträgt 16–20 Monate. Die Metastasierung erfolgt überwiegend in die regionären Lymphknoten. Es gibt keine zufriedenstellende Therapie.

Dr. H. Schacht, Privatdozent Dr. H. Pullmann, Universitäts-Hautklinik Köln

Fall 988 962

Tumor. – Die Ummauerung des linken Ureters einige Zentimeter neben der Verschlußhöhe der Vena iliaca mit Harnabflußstörung deutete bereits darauf hin, daß hier nicht nur eine venöse Obstruktion vorlag. Das Computertomogramm bestätigte diese Vermutung, indem es vergrößerte Lymphknoten links präsakral nachwies.

Operativ wurde ein kleinzelliges entdifferenziertes Karzinom des Retroperitoneums entfernt.

Dr. H. Treugut, Medizinisches Strahleninstitut der Universität Tübingen

Fall 989 1001

Masern. – Es besteht eine ausgeprägte Lymphopenie. Das Exanthem erschien schon am nächsten Tage. Auch Grippe kann eine Lymphopenie verursachen. Gegen Leukämie sprechen die zahlreichen Thrombozyten, gegen Morbus Hodgkin spricht zunächst der akute und kurze Verlauf.

Prof. Dr. P. Sachtleben, Kinderklinik der Kliniken »St. Elisabeth«, Neuburg/Donau

Fall 990 1002

Morbus Crohn. – Die aphthoiden Ulzerationen sind das klassische Frühzeichen des Morbus Crohn bei der Doppelkontrastuntersuchung: ein bis mehrere Millimeter große Bariumflecken, die von einem Hof umgeben sind und inmitten normaler Mucosa liegen.

Dr. H. Treugut, Medizinisches Strahleninstitut der Universität Tübingen

Namenverzeichnis[1]

[1] Die fettgedruckten Zahlen bedeuten Originalarbeiten.

H

I

J

K

L

M

Personalnachrichten

Ernennungen, Berufungen, Lehraufträge

Aeberhard, P. 440, 1040
Albegger, K. 160
Anlauf, M. 600
Appel, W. 800
Assmann, G. 360
Aumüller, G. 80
Bachour, G. 320
Bankl, H. 80
Barthels, Monika 560
Basler, H.-D. 200, 560
Bayer, R. 880
Beger, H.-G. 320, 680, 880
Bender, H. G. 880
Benner, K.-U. 280
Berbalk, H. 160, 240
Bertrams, H.-J. 600
Beyer, W. 480
Bode, J. Ch. 320
Böhme, E. 800
Bötticher, R. 880
Bolt, H. 800
Brachmann, F. 520
Brandt, Th. 600
Breitfellner, G. 280
Breithardt, G. 880
Brückner, U. 280
Brüggemann, H. 560
Bulla, Monika 1000
Bumm, P. 960
Burchardt, P. 240
Burckhardt, P. 520
Buselmaier, W. 280
Chaussy, Ch.-G. 160
Clar, H. E. 600
Deutsch, M. 1000
Döhring, W. 560
von Domarus, D. 80
Dommasch, D. 120
Dostal, G. 600
Drahovsky, D. 120
Drenckhahn, D. 320
Droschl, H. 480
Droz, B. 680
Eberl, R. 80
Eickenberg, H.-U. 600
Engel, H.-J. 560
Esslen, E. 40
Ewers, H. R. 600
Fasching, W. 280
Felgenhauer, K. 120
Fink, E. 160
Finkenzeller, P. 880
Firusian, N. 600
Fischer, B. 800
Fischer-Homberger, Esther 440
Foet, K. 240
von Fournier, D. 360
Freyler, H. 1000
Fricke, U. 160
Frohberg, H. 720
Frotscher, K.-M. 1000
Funovics, J. 80
Gärtner, K. 200
Gahl, K. 560
Gangl, A. 80
Gebhart, W. 80
Geisthövel, W. 40
Gerecke, D. 760
Gerlach, D. 1000
Goebel, H. H. 640
Goebel, R. 680
Göber, Ingrid 80
Götze, H. 600
Goymann, V. 600
Graeff, H. 680
de Grandi, P. 520
Gressmann, Christine 840
Grohmann, H. 680
Grote, J. 40
Grote, P. 240
Grüsser-Cornehls, Ursula 320
Hahn, E. G. 320
Hand, I. 720
Hanrath, P. 1040
Harm, K. 240
Hartje, W. 360
Hartmann, F. 960
Hartmann, W. 600
Harzmann, R. 240
Haslbeck, M. 680
Haustein, D. 80
Hehlmann, R. 160
Hehrmann, R. 880
Heimann, G. 760
Heiss, W.-D. 160, 520, 760
Hellriegel, K.-P. 760
Henke, H. 680
Hilger, H. H. 120
Höllwarth, M. 480
Hörz, W. 680
Hof, H. 240
Hoffmann, S. 240
Holz, U. 240
Hombach, V. 760
Horpacsy, G. 760
Horsch, S. 760
Hossmann, K.-A. 520
Hotz, J. 600
Huchzermeyer, H. 840
Hügel, W. 760
Hutschenreiter, G. 440
Ingervall, B. 280
Isele, H. 360
Jani, L. 360, 1000
Janson, Ingrid 160
Jörg, J. R. 600
Jung, K. 480, 1000
Junginger, Th. 760
Karpf, P. M. 200
Kerl, H. 480
Kinzel, W. 760
Kistler, G. S. 40
Kistler, J. G. 40
Klapdor, R. 240
Klose, R. 120
Koch, K.-M. 560
Köhler, E. 880
Köle, W. 120
Könighausen, Th. 800
Krekeler, G. 920
Krieglstein, G. 120
Krisch, Brigitte 400, 680
Kromer, W. 840
Kucera, P. 160
Kübler, W. 280
Kühn, K.-W. 840
Kühnel, W. 440
Kunze, St. 40
Landolt, A. M. 40
Lang, F. 320
Laqua, H. 600
Lehmann, F. 120
Lehmann, H. 40
Leven, B. 160
Lindner, J. 480
Linhart, P. 800
Löffler, A. 760
Louven, B. 960
Ludwig, G.-R. 920
Lübken, W. 720
Lücking, C.-H. 120
Lüllmann-Rauch, Renate 960
Lungershausen, E. 320
Luska, G. 560
Lutz, P. 720
Machbert, G. 760
Maerker, R. 920
Makinose, M. 800
Mannheimer, Eva 600
Marshall, M. 160
May, R. 280
Medici, T. C. 40
Melchers, G. F. 40
Messing, M. 640
Metzler, M. 440
Michalica, W. 80
Mierau, H.-D. 400
Mies, R. 760
Mikuz, G. 320
Moccetti, T. 280
Moeller, M. L. 120
Moser, F. 480
Müller-Jensen, A. 480
Muhr, G. 560
Munder, P.-G. 920
Norpoth, K. 240
Oehmichen, M. 240
Otten, G. 840
Paletta, B. 320
Patzold, U. 560
Paul, F. 560
Paulmann, H. 760
Peiper, U. 120, 920
Pelzer, H. 880
Peskar, B. 400
Pieringer, W. 160
Pfister, H. 880
Pointner, H. 1000
Popov-Cenić, S. 960
Poser, H.-L. 960
Pullmann, H. 560
von Rad, M. 120
Rahmer, H. 240
Reimers, H.-J. 440
Reiner, J. 320
Reis, E. 600
Renner, H. 840
Rentschler, F. I. 680
Richter, M. 320
Rieger, Ch. 560
Rienhoff, O. 840
Rietschel, E.-Th. 120
Ringel, E. 80
Rister, M. 760
Ritter, W. 1000
Rost, R. 240
Rothenbuchner, G. 360
Rother, Ursula 800
Rumpf, K. D. 560
Sack, W. 800
Sadegh-zadeh, K. 840
Saeger, W. 240
Sander, G. 240
Schaefer, U. W. 600
Scherwitz, Ch. 240
Schindera, F. 200
Schinzel, A. 40
Schlag, P. 480
Schlegel, H. H. 40
Schmidt, H.-M. 240
Schmidt, M. 280
Schmoldt, A. 560
Schollmeyer, P. 40
Schreml, W. 880
Schulte am Esch, J. 960
Schultz-Coulon, H.-J. 560
Seeber, S. 600
Seeling, W. 880
Seifert, J. 40
Seiler, H. 360
Siegers, C.-P. 120
Siemon, G. 120
Siewert, J. R. 120
Silbernagl, St. 240
Singer, W. 520
Sitzmann, F. 400
Sodomann, C.-P. 200

Soehendra, N. 240
Spona, J. 600
Stelter, W.-J. 160
Süllwold- Lieselotte 800
Tauber, P. F. 600
Thermann, M. 960
Thoenen, H. 680
Thoenes, W. 160
Tillmann, K. 240
Troidl, H. 40
Utz, G. 120
Vogel, W. 160
Waldhäusl, W. K. 600
Wassilew, S. 920
Weckerle, H. 520
Weinert, F. E. 120
Weiss, H.-D. 120
Wendler, H. 480
Werringloer, J. 240
Wilde, C. D. 600
Wildfeuer, A. 880
Winkler, R. 80
Wittkowski, W. 240
Wolf, H. 160
Zazgornik, J. 80
Zimmermann, G. 960
Zisser, G. 560
Zwicker, M. 840

Ehrenmitglieder, Korrespondierende Mitglieder, Gesellschaften, Auszeichnungen

Angst, J. 40
Bachmann, K.-D. 1000
Bartels, H. 200
Becker, V. 520
Bender, F. 1000
Bleyl, U. 560
Bock, H. E. 1000
Böhlau, V. 440
Böni, A. 120
Brandis, H. 80
Brandis, M. 160
Braun-Falco, O. 40, 1000
Bushe, K.-A. 440
Denecke, H.-J. 1040
Dittrich, H. 1000
Dölle, W. 680, 720
Ehrhart, H. 160
Eulert, J. 680
Fisch, U. 920
Friederich, H. C. 160
Frik, W. 160
Fritz-Niggli, Hedi 920
Frommhold, W. 240
Gerhardt, P. 320
Giedeon, A. 1040
Gladtke, E. 160
Gössner, W. 120
Greiling, H. 920
Gropp, A. 480
Habermann, G. 400
Habermehl, K.-O. 680
Häfner, H. 280
Halmagyi, M. 680
Hedinger, Ch. 280
Heilmann, H.-P. 160
Heischkel-Artelt, Edith 400
Hellbrügge, Th. 160
Helmchen, H. 680
Henßge, J. 120
Herzberg, J.-J. 440
Heuck, F. 240
Hirschmann, J. 240
Hofmann, M. 800
Horbach, L. 40
Imhäuser, G. 160
Käser, O. 280
Kemper, F. H. 840
Kielholz, P. 520
Kluthe, R. 200
Koch, G. 960
Koepchen, H.-P. 680
Konzett, H. 280
Koslowski, L. 720
Krayenbühl, H. 280
Krupp, S. 360
Kümmerle, F. 1040
Kuhlendahl, H. 40
Lehnhardt, E. 1040
Lesky, Erna 80
Linder, F. 720
Mau, H. 240
Merz, W. 320
Mierau, H.-D. 720
Mühlemann, H. R. 280
Müller, M. E. 360
Overdiek, H.-F. 320
Pape, H.-D. 160
Petrides, P. 120
Petsche, H. 400
Pfeiffer, E. F. 80
Popper, H. 160
Rahn, H. 280
Reinauer, H. 880
Remschmidt, H. 1000
Rodeck, G. 160
Röher, H.-D. 40
Rummel, W. 880
Sarre, H. 40
Schadewaldt, H. 40
Schäfer, K.-H. 160
Schatzmann, H. J. 880
Scheid, W. 320
Schirren, C. 440
Schlipköter, H.-W. 560
Schmid, E. 680
Schmidt-Matthiesen, H. 40
Schnyder, U. W. 520
Schreiber, A. 440
Schreiber, H. W. 400
Schwarzacher, H.-G. 400
Seifert, G. 400
Seige, K. 680
Siegenthaler, W. 320
Sonntag, H.-G. 320
Spoendlin, H. 360
Steinhäuser, E. 880
Stoffel, W. 160
Straßburg, M. 120
Themann, H. 480
Tronnier, H. 1000
Tünte, W. 480
Vahl, Johanna 320
Valentin, H. 880
Viefhues, H. 200
Vogel, F. 480
Wachsmuth, W. 320
Weiss, Ch. 120
Westphal, O. 480

Habilitationen

Adler, D. 800
Albani, M. 480
Bach, W. 240
Balleisen, L. 360
Bartels, H. 120
Bartholmes, P. 640
Bastian, G. O. 120
Baumeister, R. 680
Baur, M. P. 160
Becker, K. 440
Bekier, A. 920
Benz-Bohm, Gabriele 400
Beretta-Piccoli, C. 920
Bethge, K.-P. 200
Betzler, M. 480
van Beuningen, D. 600
Bindewald, H. 480
Bode, Ch. 880
Bösch, P. 800
Böttger, I. 640
Boltshauser, E. 920
Borel, J.-F. 280
Borkenstein, J. 400
Brachtel, D. 440
Braun, B. 240
Brenner, H. D. 280
Brenner, H. R. 920
Büttner, U. 880
Burkhardt, A. 280
Christen, H. 120
Clarenbach, P. 920
Clorius, J. 800
Dayer, J.-M. 40
Deeg, P. 400
Dieckhöfer, K. 600
Diedrich, K. 120
Döhnert, G. 880
Dölken, G. 480
Drews, J. 680
Düsing, R. 160
Einwächter, H. M. 160
Ell, P. 520
El Sayed El-Hifnawi 600
Feuerbach, St. 680
Frantzen, Christiane 880
Freise, J. 840
Fröhlich, H. 560
Gaab, M. 400
Gebbers, J.-O. 520
Geiger, R. 680
Gerbitz, K.-D. 160
Gerhard, Ingrid 480
Geroulanos, St. 920
Gestring, G. 80
Ghussen, F. 240
Glanz, Hiltrud 880
Goerg, R. 840
Götze, H.-D. 120
Goldenberg, H. 80
Gottwik, M. G. 760
Gratwohl, A. 920
Greiner, R. 520
Guggenbichler, J. P. 640
Haas, Sylvia 120
Haberfellner, H. 480
Haddad, R. 1000
Haeberli, A. 360
Härle, A. 360
Hagedorn, J. 440
Hamann, K.-F. 320
Harke, H. 680
Hauswaldt, Ch. 560
Heckemann, R. 600
Heinemann, U. 680
Henke, H. 920
Henrich, M. H. 240
Heuck, C.-Ch. 280
Heyes, H. 320
Heyne, K. 960
Höffler, U. 240
Hoevels, J. 360
Hörnchen, H. 360
Holubarsch, Ch. 560
Horn, J. 480
Huber, Ch. 40
Hülse, M. 440
von Hugo, R. 160
Humpeler, E. 240
Innitzer, J. 80
Inoue, K. 120
Jakubowski, H.-D. 600
Janzarik, Hilde 760
Jarisch, R. 80
Jarosch, E. 360
Jeschke, R. 440
Joppich, R. 680
Jost, J. O. 560
Jünemann, A. 920
Jung, D. 840
Justich, E. 760
Kaik, G. 80
Kaissling, Brigitte 920
Kampik, A. 680
Klinke, F. 560
Köhler, C. O. 360
Kömpf, D. 120
Köster, R. 440
Kohl, F.-V. 920
Kopper, B. 960
Korth, M. 760
Kretzschmar, K. 240
Kroeger, A. 360
Kromer, W. 680
Kühn, H. 880
Kuhlmann, U. 40
Kunze, W.-P. 120
von Kurnatowsky, H.-A. 120
Lackner, K.-J. 680
Lang, R. E. 120
Langer, G. 80
Lanksch, W. 160
Lanser, K. 560

Entpflichtungen, Rücktritte

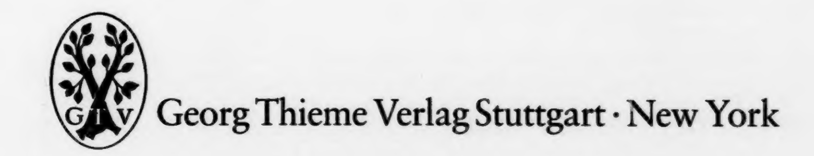
Geburtstage

Todesfälle

Deutsche Medizinische Wochenschrift

Anschrift für Schriftleitung und Georg Thieme Verlag: 7000 Stuttgart 30, Rüdigerstraße 14

Inhaltsverzeichnis für den 107. Jahrgang
2. Halbjahr 1982 Hefte 27–52



Sachverzeichnis[1]

[1] **Die fettgedruckten Zahlen bedeuten Originalarbeiten, die Kursivzahlen Mediquiz.**

B

C

D

M

N

U

V

W

Y

Z

Verhandlungsberichte

Mediquiz

Fall 991 1041

Granulomatöse Prostatitis. – Die unspezifische, destruierende, granulomatöse und sklerosierende Entzündung tritt im Gegensatz zum Prostatakarzinom, das äußere Drüsenbezirke bevorzugt, überall im Drüsenkörper der Prostata auf. Im ersten Stadium finden sich herdförmige Defekte des Drüsenepithels, eosinophile Leukozyten und einige Makrophagen um Sekretmassen in der Drüsenlichtung und in der Wand der Drüsen. Im zweiten Stadium schreitet die Drüsendestruktion fort, Makrophagengranulome bilden sich aus. Vor allem um Sekret und Konkremente fusionieren Makrophagen zu vielkernigen Riesenzellen, die derart orientiert und polarisiert sind, daß ihr Funktionspol dem zu phagozytierenden eingedickten Sekret anliegt, der Kernpol davon abgewandt ist. Die Riesenzellbildung und ihr besonderer Bauplan dienen einer Verbesserung von Phagozytose und Sekretion. Im dritten Stadium kommt es unter zunehmendem Schwund von Drüsenparenchym zu kräftiger Fibrosierung und narbiger Sklerosierung, wobei Riesenzellen persistieren können. Die Ätiologie der Erkrankung ist noch ungeklärt. Sehr wahrscheinlich besteht ein ursächlicher Zusammenhang der granulomatösen Entzündung mit Stauung, Eindickung und weiteren Veränderungen des Drüsensekretes, ähnlich wie bei der Thyreoiditis de Quervain. Differentialdiagnostisch wichtig ist die Abgrenzung eines anaplastischen Karzinoms, das wegen ausgeprägter Epithelatypien (entzündungsbedingt) zytologisch nicht selten in Erwägung gezogen wird.

Pathologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 992 1042

Epikardialer Fettkörper. – Das Computertomogramm läßt die epikardiale Fettumhüllung des Herzens erkennen, die im rechten epiphrenischen Winkel besonders prominent erscheint und somit dem bekannten linksseitigen kardiophrenischen »Fettbürzel« entspricht.

Dr. H. Treugut, Radiologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 993 1081

Benigne Lymphozytose. – Bei Kleinkindern sind die Lymphozyten fast immer zahlreicher als die Granulozyten. Die für dieses Lebensalter typische Verteilung kann gelegentlich extrem ausfallen und monatelang anhalten. Für Leukämie könnten die geringen Thrombozytenzahlen sprechen, was aber oft an der Ausstrichtechnik liegt. Das Knochenmark ergab das bunte Bild einer vollkommen normalen Markpopulation. Bei dem Ausschlag handelte es sich um eine seborrhoische Dermatitis.

Prof. Dr. P. Sachtleben, Kinderklinik der Kliniken »St. Elisabeth«, Neuburg/Donau

Fall 994 1082

Ileus. – Auf dem Röntgenbild fiel die Abdrängung der wenigen erkennbaren Darmschlingen nach lateral auf; eine Übersichtsaufnahme im Stehen zeigte hier multiple Luft-Flüssigkeitsspiegel. Erst relativ spät, dann jedoch sehr schnell, entwickelte sich das klinische Bild eines mechanischen Ileus, der operativ durch Lösung von Briden beseitigt wurde.

Die radiologische Unterscheidung zwischen abdominellem und »urologischem« Prozeß macht gelegentlich Schwierigkeiten, da beim Ausscheidungsurogramm in der Aufsicht keine Spiegel erkennbar sind, andererseits ein akuter retroperitonealer Reizzustand (etwa bei Nephrolithiasis) reflektorisch eine Kolonatonie hervorrufen kann.

Dr. H. Treugut, Radiologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 995 1121

M. Hodgkin, nodulär-sklerosierender Typ. – Die histologische Definition gründet sich hauptsächlich auf zwei Besonderheiten: 1. eine Sklerosierung infolge Neubildung doppeltbrechender kollagener Bindegewebsfasern, die zirrhoseähnlich unterschiedlich große knotige, zellreiche, faserarme Hodgkin-Herde abgrenzen; 2. die zellreichen nodulären Areale enthalten »lacunar cells«, große mehr oder weniger abnorme Retikulumzellen mit hellem Zytoplasmaleib, der bei Paraffineinbettung so stark schrumpft, daß weite, wie ausgestanzt erscheinende Lakunen um diese Zellen sichtbar werden. Ihre Kerne sind polymorph, chromatinlocker, mit prominenten Kernkörperchen versehen. Sternbergsche Riesenzellen sind in geringer Zahl, Lymphozyten sehr reichlich vorhanden (der Prozeß beginnt oft mit sehr hohem Lymphozytengehalt). Diese Form des M. Hodgkin kommt häufig vor, meist bei jüngeren Erwachsenen, besonders in Halslymphknoten, aber auch im Thoraxbereich. Die Prognose von nodulär-sklerosierendem Typ und Mischtyp des M. Hodgkin, früher unterschiedlich beurteilt, hat sich infolge der Therapie dem des Mischtyps heute weitgehend angeglichen. Sie ist besser als bei der lymphozytenarmen Form.

Pathologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 996 1122

Alternierender AV-Block II. Grades. – Beide Elektrokardiogramme zeigen einen regulären Sinusrhythmus. Im Ruhe-EKG ist eine Wenckebach-Periodik nachweisbar, eine Verlängerung der PQ-Strecke von 0,15 s auf 0,30 s, und jede dritte Vorhoferregung wird nicht mehr übergeleitet. Dementsprechend beträgt bei einer Vorhoffrequenz von 65/min die Kammerfrequenz 44/min. Nach der leichten Belastung von 25 Watt über 3 Minuten steigt die Vorhoffrequenz auf 80/min. Der AV-Block II. Grades vom Typ Wenckebach ist in den Typ Mobitz 2 : 1 umgeschlagen. Jede zweite Vorhoferregung wird blockiert, und so entsteht eine Kammerfrequenz von 40/min.

Dr. J. Szentklaray, Sanatorium der Barmherzigen Brüder, Bad Reichenhall

Fall 997 1169

Mononukleose. – Keines der klinischen Symptome ist hier obligat: Angina, Lymphadenopathie, Exanthem, Hepatitis, Splenomegalie. Häufig finden sich Pfeiffer-Zellen: große Lymphozyten, die aber eine Netzstruktur des Kernchromatins aufweisen wie Monozyten, nicht die Schollenstruktur der Lymphozyten (siehe den kleinen Lymphozyten rechts der Pfeiffer-Zelle). Die Pfeiffer-Zelle weist zusätzlich noch einen zarten Plasmasaum an ihrer Außengrenze auf und hat zum Unterschied von Monozyten keinen gelappten Kern.

Prof. Dr. P. Sachtleben, Kinderklinik der Kliniken »St. Elisabeth«, Neuburg/Donau

Fall 998 1170

Progressiv chronische Polyarthritis nach Steroidmedikation, arthritisches Mutilationsstadium. – Es bestehen ausgeprägte Karpal- und distale Radio-Ulnar-Mutilationen mit typischer para-artikulärer Demineralisation und Zerstörung in den Metakarpophalangeal- und den proximalen Interphalangealgelenken der Hand. Die ausgeprägten Veränderungen im oberen Sprunggelenk mit Fragmentation des Innenknöchels und des Talus sind Folge der langdauernden Medikation von Antirheumatika und Steroiden, unter der der Patient weitgehend schmerzfrei das entzündete Sprunggelenk belasten konnte.

Die para-artikuläre Demineralisation an der Hand sowie das typische Befallmuster lassen eine neuropathische Gelenkerkrankung oder Osteolysen bei Non-Hodgkin-Lymphom ausschließen. Der Befall von zwei weit auseinanderliegenden Gelenkgruppen macht eine massive Osteolyse (Gorham-Stout-Syndrom) ebenfalls unwahrscheinlich.

Literatur: (1) Dihlmann, W., W. Lotz: Case Report 167, Skeletal Radiol. 7 (1981), 85.– (2) Lotz, W., M. Ebert, E. Fasske: Die massive Osteolyse mit lokaler Fibromatose. Fortschr. Röntgenstr. 137, 1 (1982).

Dr. W. Lotz, Abteilung für Radiologie und Nuklearmedizin des Kreiskrankenhauses Stormarn, Bad Oldesloe

Fall 999 1217

»Küttner-Tumor«. – Seit der Erstbeschreibung durch Küttner wird eine besondere Verlaufsform chronischer Sialadenitis als »Küttner-Tumor« bezeichnet. Nach Schweregrad und Ausmaß der Entzündung werden vier Stadien unterschieden. Am Anfang steht eine herdförmige obstruktive Entzündung terminaler Speichelgänge mit Sekreteindickung und periduktalen Lymphozyteninfiltraten. Die intraduktalen Sekretschollen und Mikrolithen aus Mucoproteidkomplexen sind Ausdruck einer Sekretionsstörung. Fortschreitende Veränderungen werden begünstigt durch Behinderung des Sekretabflusses durch Gangdivertikel, Gangstenosen, aszendierende Entzündung infolge Keiminvasion. Im zweiten und dritten Stadium ist die Lymphozyteninfiltration mehr diffus ausgebreitet, in den Läppchen führen Fibrose und Sklerose zu Atrophie der serösen Drüsenazini. Becherzell- und Plattenepithelmetaplasie des Gangepithels, Sekretaustritt (Speichelödem) in das periduktale Bindegewebe sowie undifferenzierte Gangknospen leiten in das Stadium 4 als Endphase über: Speicheldrüsenzirrhose mit ausgebrannten Drüsenresten, lymphfollikelenthaltende narbig-hyaline Bindegewebshyperplasien, unreife Gangsprossen mit myoepithelialen Zellinseln (wie bei Immunparotitis). Ätiologisch scheinen die initiale obstruktive Elektrolyt-Sialadenitis und eine hinzukommende Immunreaktion des Gangsystems eine wesentliche Rolle zu spielen.

Pathologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1000 1218

Nicht-ossifizierendes Fibrom der distalen Tibia. – Man erkennt eine umschriebene Aufhellungszone mit dünnem sklerotischem Rand bei typischer Lokalisation im metaphysennahen Bereich der Diaphyse.

Nicht-ossifizierende Fibrome werden bei Kindern und jungen Erwachsenen meistens zufällig gefunden, sie sind gewöhnlich asymptomatisch und heilen meistens spontan. Wegen des charakteristischen radiologischen Befundes ist eine Knochenbiopsie im allgemeinen nicht notwendig (1).

Literatur: (1) Murray, R. O., H. G. Jacobson: The Radiology of Skeletal Disorders, Vol. 1 (Churchill Livingstone: Edinburgh–London–New York 1977), 508.

Dr. D. Schulz, Abteilung für Radiologie und Nuklearmedizin, Kreiskrankenhaus Stormarn, Bad Oldesloe

Fall 1001 1257

Impetigo contagiosa. – Es handelt sich um eitrige Hautveränderungen, die mit Blasenbildung, Pusteln und honiggelben Krusten einhergehen. Dieses klinisch typische Bild findet man fast ausschließlich bei Kindern; der auslösende Erreger ist Staphylococcus aureus, gelegentlich kombiniert mit Streptokokken. Demgegenüber finden sich beim Erysipel keinerlei Krusten, statt dessen besteht eine flächenhafte Rötung mit scharfer Begrenzung. Die Acne fulminans, die wie die Impetigo contagiosa Krusten und Pusteln sowie hochentzündliche Knoten aufweist, ist zusätzlich noch im Bereich der vorderen und hinteren Schweißrinne lokalisiert; die Effloreszenzen sind an die Haarfollikel gebunden.

Die Therapie der Impetigo contagiosa erfolgt durch lokale Anwendung von Antibiotika wie Gentamicin.

Dr. W. Sterry, Privatdozent Dr. H. Pullmann, Universitäts-Hautklinik Köln

Fall 1002 1258

Solider Nierentumor, der fast das gesamte Nierenbecken ausfüllt und den Parenchymsaum auseinanderdrängt. Operativ: Hypernephrom.

Im Gegensatz zu den zystischen Nierenveränderungen fanden sich hier multiple, unregelmäßig große und unregelmäßig angeordnete Binnenechos, die die Inhomogenität der Raumforderung anzeigen. Auch die übrigen Kriterien des soliden Tumors (fehlender oder abgeschwächter Echo-plus-Effekt, glatte Begrenzung, Formkonstanz bei tiefer Palpation, Wurzelfüßchen in das tumornahe Gewebe) waren erfüllt.

Dr. W. Hust, Abteilung Innere Medizin 2, Klinikum der Technischen Hochschule Aachen, und Prof. Dr. H. D. Bundschu, Abteilung Innere Medizin, Caritaskrankenhaus, Bad Mergentheim

Fall 1003 1297

Osteoklastom. – Es tritt überwiegend zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr auf und ist meist in den epiphysennahen Enden der langen Röhrenknochen lokalisiert, besonders im Kniebereich. Man sieht histologisch dichte Ansammlungen von mononukleären Tumorzellen, vielkernigen Riesenzellen vom Osteoklastentyp vor allem perikapillär, Herde aus großen lipoidreichen Makrophagen (Schaumzellen), ein kapillarreiches Bindegewebsgerüst mit herdförmigen osteoiden Zonen und neugebildeten Knochenbälkchen, ausgedehnte frische Hämorrhagien und Blutungsreste in Gestalt von Siderinablagerungen. An den Knochentrabekeln sind Zeichen einer generalisierten Fibroosteoklasie nicht erkennbar. Nur im Bereich der Neubildung sieht man am Knochen Resorptionsbuchten, die tumorbedingt sind. Der endostale Bereich der Compacta ist stellenweise arrodiert, aber nicht infiltriert. Das Zellbild läßt den Tumor dem gutartigen Typ I zuordnen. Bei Typ III ist die Prognose ungünstig, es kommt zu Metastasierungen. Bis jetzt ist nicht endgültig geklärt, ob die im Tumor vorhandenen reichlichen Osteoklasten neoblastische Elemente sind oder ob sie eine Reaktion auf die Knochenmatrixbildung durch mononukleäre Zellen darstellen (Chambers, 1977). Bei dem Patienten sind Mineralstoffwechselstörungen klinisch nicht bekannt.

Pathologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1004 1298

Intermittierender AV-Rhythmus bei charakteristischen EKG-Zeichen eines Lungenemphysems. Im Ruhe-EKG besteht ein mittlerer AV-Rhythmus mit einer Frequenz von 78/min. Vor oder nach den in gleichen Abständen auftretenden Kammergruppen sind keine P-

Wellen zu erkennen. Im rechtstypischen Elektrokardiogramm sind die Kurvenbilder in aVR und aVL ähnlich.

In allen thorakalen Ableitungen sind rS-Komplexe zu finden, und infolge der Steilstellung des Herzens und des deshalb vergrößerten Abstandes von den Ableitungsstellen sind die linkspräkordialen Kammergruppen vermindert.

Das Belastungs-EKG zeigt einen regelrechten Sinusrhythmus mit hohen, breiten, biphasischen P-Wellen in den Ableitungen II-III, aVF und negativen P-Wellen in aVR und aVL. Die AV-Überleitungszeit ist mit 0,18 s normal. Die Frequenz beträgt 82/min. Sonst ist das EKG-Bild unverändert.

In der Erholungsphase tritt wieder der AV-Rhythmus auf.

Dieses Elektrokardiogramm zeigt, daß Knotungen des Kammerkomplexes im mittleren AV-Knotenrhythmus nicht unbedingt verborgene P-Wellen bedeuten. Die im absteigenden Schenkel der R-Zacke vorhandenen Knotungen sind nämlich bei dem Sinusrhythmus weiterhin unverändert erkennbar.

Dr. Maria Szentklaray, Kurklinik Prinzregent Luitpold, Bad Reichenhall

Fall 1005 1337

Cornu cutaneum. – Dieser klinische Begriff bezeichnet eine umschriebene, konische, ausgeprägt hyperkeratotische Hautveränderung, die zum größten Teil aus Keratinmassen besteht. Die histologische Untersuchung kann eine ganze Reihe von Hautveränderungen an der Basis des Cornu cutaneums zeigen. Am häufigsten findet man eine aktinische Keratose, jedoch können auch Viruswarzen, seborrhoische Keratosen oder Plattenepithelkarzinome gefunden werden.

Bei der hier abgebildeten Veränderung ergab die histologische Untersuchung ein hochdifferenziertes Plattenepithelkarzinom; es wurde durch Keilexzision entfernt. Ätiologisch werden Unterlippenkarzinome in den meisten Fällen durch Sonnenlicht oder Nikotinabusus (Pfeifenraucher) ausgelöst.

Dr. W. Sterry, Privatdozent Dr. H. Pullmann, Universitäts-Hautklinik Köln

Fall 1006 1338

Swyer-James-Syndrom. – Die Kombination von einseitig »heller« Lunge und juvenilen (Virus-)Atemwegsinfekten ist typisch für das Swyer-James-Syndrom. Durch die akute Bronchiolitis entsteht eine Obliteration der kleinen Luftwege mit kollateraler Belüftung, »air-trapping«, Überblähung und emphysematischer Destruktion des peripheren Parenchyms. Gleichzeitig wird die Reifung der Pulmonalgefäße der betroffenen Lunge gehemmt, die somit in ihrer Größenentwicklung stehenbleiben. Die Röntgenveränderungen sind nicht Folge des Emphysems, sondern der verminderten Pulmonalperfusion.

Weit zurückliegende Voraufnahmen sowie ein Perfusionsszintigramm bestätigten den Befund bei dieser Patientin.

Dr. H. Treugut, Radiologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1007 1377

Lennert's Lymphom. – Von Lennert zunächst für eine Variante des Morbus Hodgkin gehalten und als »epitheloidzellige Lymphogranulomatose« von der »epitheloidzellreichen Lymphogranulomatose« abgegrenzt, sprechen zunehmende Erfahrungen dafür, daß sich hinter diesen eigenartigen Lymphknotenveränderungen mehrere Entitäten verbergen. In manchen Fällen wird eine Zugehörigkeit zum Morbus Hodgkin angenommen (Sternbergsche Riesenzellen), in anderen hat sich mit speziellen immunologischen Methoden ein T-lymphozytisches Lymphom herausgestellt, in wieder anderen Fällen ein Immunozytom sichern lassen. Immer handelt es sich um ein malignes Lymphom. Charakteristisch ist ein Umbau der Lymphknotenstruktur durch diffus ausgebreitete, teils rasenartige, teils sehr kleinherdige Epitheloidzellenansammlungen, in denen Zell- und Kernpolymorphien vorkommen. Meist sind epitheloide Venolen vermehrt, Eosinophile sind gewöhnlich nicht oder nur spärlich vorhanden. Bei unserer Beobachtung haben sich Hodgkin-Zellen nicht erkennen lassen. Man sieht aber reichliche plasmozytoide Zellen und Immunoblasten, die monoklonal IgM/lambda-positiv sind und eine Klassifizierung als lymphoplasmozytoides Immunozytom erlauben (Prof. Lennert, Kiel). Der weitere klinische Verlauf mit Beteiligung zervikaler, axillärer und inguinaler Lymphknoten, Splenomegalie, Knochenmarkinsuffizienz entspricht einem malignen Lymphom im Stadium IV. Jedes Immunozytom hat die Potenz, plötzlich in ein hochgradig malignes immunoblastisches Lymphom umzuschlagen. Die auffallend starken Epitheloidzellreaktionen dürften wohl auf eine Lymphokinbildung von T-Lymphozyten, die in vielen Lymphomen assoziiert oder Träger der Neoplasie sind, zurückzuführen sein.

Pathologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1008 1378

Ileus. – Der Befund des »leeren« Abdomens, in dem sich keine oder nur wenige der vielgesuchten Luft-Flüssigkeitsspiegel finden, ist ein suspektes Zeichen, hinter dem sich ein Ileus verbergen kann und das weitere Klärung erfordert. So muß zum Beispiel eine massive Flüssigkeitsfüllung der Dünndarmschlingen als Folge einer Obstruktion ausgeschlossen werden. Meist lassen sich in solchen Fällen die wurstförmigen, aufgeweiteten Darmanteile als bandförmige Opazitäten von etwas höherer Dichte erkennen, in denen sich mangels Luft keine Spiegel ausbilden können. Die Klinik, eventuell auch der Ultraschallbefund, läßt jedoch meist an der Diagnose keinen Zweifel.

Bei diesem Patienten lag ein tumorbedingter, tiefsitzender Dünndarmverschluß vor.

Dr. H. Treugut, Radiologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1009 1417

Amelanotisches Melanom. – Die histologische Untersuchung des Tumors ergab ein amelanotisches, primär-noduläres malignes Melanom vom Level V.

Maligne Melanome können sowohl im Bereich normaler Haut als auch in alten Naevuszellnaevi entstehen. Fehlt die sonst typische schwarze Farbe, so kann die klinische Diagnose erhebliche Schwierigkeiten bereiten. Von den Auswahldiagnosen scheidet das Basaliom aus, da es am Stamm nie gestielt auftritt, das Keratoakanthom, weil es im Zentrum einen Hornkegel besitzt. Schließlich läßt sich das Granuloma teleangiectaticum, das ebenfalls sehr rasch entsteht, wegen seiner blutroten Farbe bereits klinisch abgrenzen. Es gilt daher, daß jeder Hauttumor, der im Bereich eines Naevuszellnaevus entstanden ist oder klinisch nicht eindeutig bewertet werden kann, im Gesunden exzidiert werden muß. Teilexzisionen oder andere Manipulationen (Ligatur) sind strikt zu vermeiden.

Dr. W. Sterry, Privatdozent Dr. H. Pullmann, Universitäts-Hautklinik Köln

Fall 1010 1418

Bilharziose. – Bei dieser tropischen Wurmerkrankung leben die Würmer in den Venen der Beckenplexus. Wandern sie zur Harnblase aus und durchbohren dabei Blutgefäße, so ist häufig eine Hämaturie die Folge. Kommt es zur Absiedlung von Eiern in den Wandungen von Harnblase und Ureter, so entstehen ausgedehnte zelluläre Reaktionen mit Fibrose, Nekrose und Verkalkung der

betroffenen Wandanteile. Die Abflußbehinderung, eventuell verstärkt durch Verziehungen des Trigonums, ruft Hydroureteren- oder Hydronephrosenbildung hervor. Im Röntgenbild finden sich somit neben den Zeichen des Harnstaus Füllungsdefekte in Ureter oder Harnblase sowie zarte Verkalkungen von Blasen- oder Ureterwand; letztere lagen bei diesem Patienten noch nicht vor.

Dr. H. Treugut, Radiologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1011 1457

Chalazion. – Das Chalazion (Hagelkorn) ist der häufigste Lidtumor überhaupt. Es geht auf eine Sekretretention und Entzündung der Meibomschen Talgdrüsen zurück. Freies extrazelluläres Fett der Meibomschen Drüse bewirkt eine granulomatöse Reaktion. Die Granulome bestehen aus reichlichen Makrophagen verschiedener Differenzierungsstufen, Epitheloidzellen und mehrkernigen Riesenzellen vom geordneten und ungeordneten Typ, zuweilen mit »asteroid bodies«. Ferner finden sich Granulozyten, Lymphozyten und Plasmazellen. Ursache einer Verlegung der Meibomschen Drüsen können auch gutartige und bösartige Tumoren des Lidrandes sein, wobei dann sekundär ein Chalazion entstehen kann. Differentialdiagnostisch müssen andere granulomatöse Prozesse spezifischer oder unspezifischer Art in Erwägung gezogen werden. Ferner ist an ein Molluscum contagiosum zu denken; ein Basaliom und ein Karzinom der Meibomschen Drüse sind auszuschließen.

Pathologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1012 1458

Angiomyolipomatose. – Bei diesen fast immer benignen Tumoren handelt es sich um Bindegewebsgeschwülste der Nieren, die typischerweise Fett enthalten und somit eine computertomographische Artdiagnostik ermöglichen. Sie treten häufig bilateral auf und finden sich als Begleitveränderungen der tuberösen Sklerose (Morbus Bourneville-Pringle).

Alle anderen genannten Nierenveränderungen enthalten nicht die hier beobachteten Fettmengen; Zystennieren lassen deutlich kugelige Zysten erkennen.

Dr. H. Treugut, Radiologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1013 1497

Lymphozytom (Lymphadenosis cutis benigna). – Es liegt das typische klinische Bild in Form eines bläulich-roten, teleangiektatischen Tumors im Bereich der Akren vor. Ätiologisch wird das Lymphozytom auf eine überschießende Immunreaktion auf Insektenstiche zurückgeführt. Feingeweblich finden sich massive lymphozytäre Infiltrate mit Keimzentren im Corium. Als Begleitreaktion können auch Lymphknotenschwellungen der regionären Lymphknoten auftreten.

Das Angiosarkom Kaposi weist im Gegensatz zum Lymphozytom eine weiche Konsistenz auf und beginnt meist an den unteren Extremitäten.

Plattenepithelkarzinome können im Bereich der Ohrmuschel auf aktinischen Keratosen entstehen, weisen aber stets Hyperkeratosen auf.

Unter dem Begriff »Lymphocytic infiltration« versteht man ein von Jessner und Kanoff beschriebenes Krankheitsbild, das im Bereich der Wangen oder Schläfen auftritt und dem histologisch eine massive Infiltration des Coriums durch Lymphozyten zugrunde liegt. Es handelt sich um eine besondere Variante des fixen Arzneimittelexanthems.

Dr. W. Sterry, Privatdozent Dr. H. Pullmann, Universitäts-Hautklinik Köln

Fall 1014 1498

Colitis ulcerosa. – Die Röntgenaufnahme zeigt eine Engstellung und Verkürzung des Kolons ohne Faltenbildung sowie eine Distanzierung von Rektum und Os sacrum. Solche Veränderungen sind Zeichen einer chronisch gewordenen Colitis ulcerosa, bei der die Schleimhautulzerationen bereits in Fibrose übergegangen sind und den Darm zu einem rigiden, strukturlosen Rohr umgewandelt haben. Ebenso typisch sind die Lokalisation im Rektum sowie das Erythema nodosum als Begleitsymptom.

Dr. H. Treugut, Radiologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1015 1537

Primäres Osteosarkom der Bauchdecke. – Der Tumorknoten ist gegen das umgebende Weichteilgewebe unscharf begrenzt, von mittlerer bis harter Konsistenz. Die grau-weißliche Schnittfläche zeigt herdförmige Hämorrhagien, gelbliche Nekrosen und glattwandige Hohlräume mit Blut als Inhalt. Seine histologischen Merkmale: Grundgewebe aus dicht gelagerten spindeligen bis rundlichen, atypischen Fibroblasten und Osteoblasten unterschiedlicher Größe mit polymorphen, gelegentlich riesenhaften, manchmal mehreren Kernen wechselnder Chromatindichte; prominente Kernkörperchen; in mäßiger Menge Mitosen, vereinzelte abortive Formen; reichliche Bildung primitiven Faserosteoids, in das hin und wieder kleine Gruppen von Osteozyten, selten Einzelzellen eingeschlossen sind; Osteoblastensäume, Zeichen osteoklastischer Resorption. Unterschiedlich große zystoide Räume, gesäumt von einer flachen Zell-Lage, enthalten Blut. Ausgedehnte Nekrosefelder. Nur an wenigen Stellen sieht man besser differenzierte Knochenbälkchen, zwischen denen mononukleäre Zellen mit geringerer Polymorphie als in den Zonen stärkerer Proliferation liegen; nirgends findet sich ausgereifter lamellärer Knochen. Die für ein stellenweise angiektatisches Osteosarkom charakteristischen Veränderungen lassen eine Myositis ossificans (hierbei zonale Gliederung, keine Nekrose, kein infiltrierendes Verhalten, besser ausgereifte Knochenbälkchen, meist nach mikrotraumatischen Einwirkungen) ausschließen. Primärentstehung eines Osteosarkoms im Weichteilgewebe ist, wenn auch selten, bekannt. Bei unserer Beobachtung hat sich der Tumor in der Nachbarschaft des Bestrahlungsfeldes entwickelt, er könnte strahleninduziert sein.

Pathologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1016 1538

Hodgkin-Infiltration. – Durch Biopsie wurde eine diffuse Hodgkin-Infiltration der Mamma nachgewiesen.

Ähnliche Bilder entstehen durch Lymphödem bei lokaler Abflußstörung, dann aber meist als Folge therapeutischer Eingriffe oder einer Strahlentherapie. Bei kardialen Ödemen ist der Befund doppelseitig. Die schnelle Entwicklung der ausgedehnten Infiltration spricht gegen ein diffuses Karzinom.

Dr. H. Treugut, Radiologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1017 1577

Tinea faciei. – Beim ersten Besuch in der Sprechstunde wurde bei der Patientin ein Kalilaugenpräparat von Schuppen aus dem Bereich des Herdes angelegt, in dem sich Myzelien nachweisen ließen. Die kulturelle Untersuchung ergab Microsporon canis, so daß die Diagnose einer Tinea faciei gesichert werden konnte. Typisch sind die zentrale Schuppung sowie der erhabene, rötliche Randwall. Die Hautveränderung weist im Zentrum weder eine Vernarbung noch eine Atrophie auf, so daß sich aufgrund des Fehlens dieser beiden Merkmale bereits klinisch ein diskoider

Lupus erythematodes sowie eine Tuberculosis cutis luposa abgrenzen lassen. Der Morbus Bowen, eine Präkanzerose der Epidermis, tritt als gerötete, gering schuppende, gleichmäßig erhabene Plaque in Erscheinung. Die Prädilektionsstellen des Morbus Bowen sind aber Stamm und Extremitäten, nur selten wird das Gesicht befallen.

Dr. W. Sterry, Privatdozent Dr. H. Pullmann, Universitäts-Hautklinik Köln

Fall 1018 1578

Ösophaguskarzinom. – Die relativ diskreten Veränderungen der Ösophaguswandung oberhalb der Bildmitte mit unregelmäßiger Infiltration deuteten auf den tumorösen Befall hin, der durch eine computertomographische Untersuchung gesichert wurde. Während bei der Achalasie die morphologischen Veränderungen das cardianahe Segment betreffen und vor allem Motilitätsstörungen beobachtet werden, liegen bei Moniliasis sowie bei Refluxösophagitis entzündliche Schleimhautveränderungen oder cardianahe Zeichen der lokalen Schleimhautirritation vor.

Dr. H. Treugut, Radiologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1019 1617

T-Zonen-Lymphom (Kiel-Klassifikation). – Dieses maligne Lymphom ist durch eine Wucherung aller Bestandteile der T-Zone des lymphatischen Gewebes gekennzeichnet: polymorphe T-Lymphozyten mit Übergängen zu T-Immunoblasten, einige interdigitierende Retikulumzellen, T-assoziierte Plasmazellen, vermehrte epitheloide Venolen. Es stellt ein Gegenstück zum follikulären Lymphom der B-Zone (früher Brill-Symmers genannt) dar. Zwischen den neoplastisch umgewandelten T-Arealen bleiben die nicht neoplastischen B-Zonen zunächst noch erhalten, erst bei längerem Bestehen des Prozesses schwinden nach und nach auch die Follikel zugunsten der T-Zonen-Wucherungen, die schließlich den ganzen Lymphknoten beherrschen. Gelegentlich findet man mehrkernige Riesenzellen und etliche Eosinophile. Die Tumorzellen verhalten sich bei der sauren Phosphatase granulär positiv, bilden mit Schaferythrozyten spontan Rosetten und sind C3-Rezeptor-negativ (Prof. Lennert, Kiel). Klinisch stehen Lymphknotenveränderungen im Vordergrund, es besteht aber eine Neigung zur Generalisation in Leber, Milz, Lunge, wie bei unserer Patientin sehr ausgeprägt. Differentialdiagnostisch gilt es, die chronische T-Lymphozyten-Leukämie (leukämisches Blutbild), Mykosis fungoides und Sézary-Syndrom (charakteristische Hautveränderungen) und Lymphogranulomatosis X (bunteres Zellbild, mehr Plasmazellen und Immunoblasten, rascher Schwund von Lymphfollikeln) abzugrenzen. Die Prognose ist nicht günstig, die mittlere Überlebenszeit beträgt nach Lennert etwa ein Jahr.

Pathologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1020 1618

(Interstitielles) Lungenödem. – Ein alveoläres Lungenödem ist bei Drogenabhängigen kein ungewöhnlicher Befund. Bei diesem heroinsüchtigen Patienten entwickelte sich ein interstitielles Ödem, wobei eine bereits vorhandene kardiale Insuffizienz den Effekt der intoxikationsbedingten Gewebehypoxie verstärkt hatte. Nach entsprechender Therapie bildete sich das Ödem völlig zurück.

Dr. H. Treugut, Radiologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1021 1657

Lichen nitidus. – Diese Hauterkrankung ist gekennzeichnet durch das Auftreten zahlreicher flacher oder kugeliger, durchscheinender Papeln, bevorzugt an den Unterarmen, am Penis sowie am Stamm. Meist sind Kinder oder junge Erwachsene betroffen. Histologisch findet sich ein dicht unterhalb der Epidermis gelegenes epitheloidzelliges Granulom. Von manchen Autoren wird der Lichen nitidus in die Nähe des Lichen ruber planus gestellt.

Mollusca contagiosa sind virusbedingte Papeln, die meist etwas größer werden als die des Lichen nitidus. Typisch ist hier ein eingedelltes Zentrum, aus dem sich eine breiige Masse exprimieren läßt. Eruptive Syringome stellen eine naevusartige Wucherung der ekkrinen Schweißdrüsen dar, meist im Bereich des Halses und des Thorax. Von den genannten Erkrankungen läßt sich auch die Keratosis pilaris klinisch leicht abgrenzen, da sich hier follikuläre Hornpapeln entwickeln, die überwiegend an den Streckseiten der Extremitäten lokalisiert sind.

Dr. W. Sterry, Universitäts-Hautklinik Köln

Fall 1022 1658

Zentrales Bronchuskarzinom links. – Das Röntgenbild zeigt ein sogenanntes paradoxes Hilusphänomen mit Betonung des rechten Pulmonalarterienstammes und Hyperperfusion der rechten Lunge. Linksseitig zeigt sich radiologisch ein rarefiziertes Gefäßbild. Die ergänzend durchgeführte Perfusionsszintigraphie der Lunge zeigt ein spiegelbildliches Verhalten mit erheblich reduzierter Lungendurchblutung, wobei lediglich noch das apikale und partiell auch das laterobasale Unterlappensegment eine Restperfusion erkennen lassen. Es handelt sich um ein (bronchoskopisch und histologisch nachgewiesenes) peribronchial wachsendes Plattenepithelkarzinom mit Einbruch und konsekutiver Verlegung der Pulmonalarterie links.

Dr. L. Leonhardt, Hannover, Gutenberghof 3

Fall 1023 1697

Typhus abdominalis. – Der Lymphknoten ist durchsetzt mit vielen knötchenartigen Ansammlungen von aktivierten, stark geschwollenen Makrophagen, die zum Teil Lymphozyten und Erythrozyten aufgenommen haben (Hämophagie), zum Teil stark vakuolisiert sind, bei Spezialfärbungen auch Salmonellen erkennen lassen (Typhuszellen, Rindfleisch-Zellen). Ferner finden sich einige neutrophile Granulozyten, Plasmazellen, vereinzelt große basophile Riesenzellen. Es besteht ein ausgeprägter sogenannter Sinuskatarrh. Nekrosen und Abszesse sind nicht erkennbar.

Die Leber enthält wahllos verstreute frische Nekroseherde, andernorts Typhusknötchen aus Makrophagen, keine Epitheloidzellgranulome. Die histologischen Lymphknoten- und Leberveränderungen lassen sich ebenso wie die klinischen Erscheinungen dem Stadium II des Typhus zuordnen.

Pathologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1024 1698

Ektoper Vorhofrhythmus und lokale Thoraxschmerzen nach Thorakotomie. – Der partielle Rechtsschenkelblock hatte schon zuvor bestanden und ist deshalb als Hinweis auf eine – anderweitig ausgeschlossene – Lungenembolie nicht verwertbar. Neu sind hingegen die negativen Vorhofpotentiale (negatives P vor QRS), die auf den ersten Blick an ein Infarkt-Q denken lassen. Differentialdiagnostisch könnte ein AV-junktionaler Rhythmus mit retrograder Vorhoferregung in Betracht gezogen werden. Die Zunahme der linkspräkordialen Kammerpotentiale (V_5 und V_6) ist wahrscheinlich durch veränderte Elektrodenlage bedingt.

Katamnese: Präoperativ litt die Patientin an atypischen Präkordialgien (vor allem in aufrechter Körperlage, nie im Liegen). Intraoperativ konnte die echokardiographisch erhobene Diagnose bestätigt und das Myxom in toto entfernt werden. Die am ehesten durch die Thorakotomie bedingten postoperativen Thoraxschmerzen klangen nach einigen Tagen ab. Die Vorhofektopie kann als Folge der intraoperativen mechanischen Irritation des Vorhofs gedeutet werden. Nach weiteren 2 Wochen war wieder ein normaler Sinusrhythmus nachweisbar.

Dr. E. Fischer und Dr. F. Graf, Departement für Innere Medizin, Universitätsspital Zürich

Fall 1025 1745

Livedo e calore. – Die netzförmigen, bräunlichen, teleangiektatischen Hautveränderungen in einem umschriebenen Areal müssen stets den klinischen Verdacht auf eine häufige Wärmeapplikation in diesem Bereich auslösen. Diese Patientin gab auf intensives Befragen an, Wärmeflaschen im Oberschenkelbereich aufzulegen. Gleichartige Veränderungen findet man bei Patienten mit Bandscheibenbeschwerden in der Lumbalregion oder bei Feuerwehrmännern an den Unterarmen. Synonym der Bezeichnung Livedo e calore wird der Begriff Erythema ab igne verwendet.

Die Cutis marmorata stellt eine Verengung der Arteriolen in der Lederhaut mit einer bläulichen netzförmigen Zeichnung dar, meist im Bereich der Extremitäten, während man unter dem Begriff der Livedo-Vaskulitis klinisch ähnlich aussehende Veränderungen versteht, die durch Gefäßentzündungen hervorgerufen werden. Die Urticaria pigmentosa verursacht keine netzförmigen Hyperpigmentierungen, sondern fleckige Exantheme.

Dr. W. Sterry, Universitäts-Hautklinik Köln

Fall 1026 1746

Kleines Zenkersches Divertikel. – Es handelt sich hierbei um eine hintere Ausbuchtung (Pulsionsdivertikel) des Ösophagus oberhalb des M. cricopharyngeus. Im späteren Verlauf dehnt sich das Divertikel nach kaudal und meistens nach links weiter auf. Vorübergehende Dysphagien, wie in diesem Fall, treten schon relativ früh bei der Entwicklung eines Zenkerschen Divertikels auf (2). Bei weiterer Größenzunahme eines Zenkerschen Divertikels kann es zur Kompression des Ösophagus, zu Regurgitationen von Speisen und Flüssigkeiten und zur Aspirationspneumonie kommen. Als Ursache der Dysphagien und der Entstehung des Zenkerschen Divertikels werden eine neuromuskuläre Fehlsteuerung des Pharynx (1) und eine Motilitätsstörung des Ösophagus (2) angenommen.

Literatur: (1) Margulis, A. R., H. G. Burhenne: Alimentary Tract Roentgenology, Vol. 1 (Mosby: St. Louis 1979), 314. – (2) Sleisenger, M. H., J. S. Fordtran: Gastrointestinal Disease, Vol. 1 (Saunders: Philadelphia–London–Toronto 1978), 587.

Dr. W. Lotz, Abteilung für Radiologie und Nuklearmedizin, Kreiskrankenhaus Stormarn, Bad Oldesloe

Fall 1027 1785

Schwammlunge (panacinäres Emphysem). – Bei Patienten mit homozygotem Mangel an α_1-Antitrypsin beobachtet man außer charakteristischen Leberveränderungen (schon in utero; nach der Geburt unter anderem mit Icterus prolongatus, zum Teil auch mit Verschlußikterus einhergehend) eine deutliche Tendenz zur Ausbildung eines chronischen panlobulären Lungenemphysems, besonders in den basalen Lungenabschnitten. Der zugrunde liegende feinere Mechanismus ist noch nicht befriedigend geklärt. Es erhebt sich die Frage, ob und in welchem Ausmaß Infektanfälligkeit, broncho-obstruktive Prozesse und (oder) Störungen der Bildung oder des Abbaues von Surfactant, einer von den Pneumozyten II produzierten oberflächenaktiven Substanz, beteiligt sind. α_1-Antitrypsin hat eine Hemmwirkung auf Trypsin, ist aber auch ein wirksamer Inhibitor weiterer proteolytischer Enzyme wie Elastase und Kollagenase. Vermutlich schützt es die Alveolarwand vor proteolytischen Wirkungen der Granulozyten und Makrophagen. Wiederholte Entzündungen im bronchiolär-alveolären Gebiet können bei Mangel an α_1-Antitrypsin durch Freiwerden ungehemmter Proteasen das Lungenparenchym schädigen. Zusätzliches Rauchen, womöglich auch anhaltende exogene Umweltreize vermögen die Lungenveränderungen zu steigern. Sie wirken sich zunächst in einer Ausweitung der Bronchioli respiratorii aus, dann kommt es zu Schwund von Alveolarsepten, Ektasie der Alveolargänge, schließlich zu einem weitgehenden Ausbau der intraacinären Strukturen mit Reduzierung der peripheren Lungenstrombahn, wobei die Acinussepten als »leere Kästen« erhalten bleiben. Bei Heterozygoten sind die Lungenveränderungen gewöhnlich diskreter ausgebildet. Ein hepatisches Syndrom ist bei dieser Patientin nicht bekannt. M. Bourneville wurde klinisch ausgeschlossen.

Pathologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1028 1786

Silikon-Mammaprothesen beiderseits. – Die Verdichtungen in beiden Unterfeldern zeigen kein Silhouettenphänomen zum Herzrand, könnten also den hinteren Lungenabschnitten, den postero-basalen und medio-basalen Segmenten zugeordnet werden. Die seitliche Aufnahme zeigt diese Abschnitte völlig frei und läßt die Verdichtung extrathorakal, von der vorderen Thoraxwand durch einen kleinen Fettstreifen abgesetzt, erkennen.

Die Mammaprothesen aus Silikon haben eine Dichte um 1,4 g/cm^3 und eine dem Silikon-Gehalt mit Ordnungszahl 14 entsprechende stärkere Absorption von Röntgenstrahlen als Wasser und Weichteilgewebe.

Literatur: Hoeffken, W., M. Lanyi: Röntgenuntersuchung der Brust (Thieme: Stuttgart 1973), 251.

Dr. W. Lotz, Abteilung für Radiologie und Nuklearmedizin des Kreiskrankenhauses Stormarn, Bad Oldesloe

Fall 1029 1825

Psoriasis palmaris. – Die Diagnose kann im Zusammenhang mit typischen psoriatischen Stigmata oder einer weiter ausgedehnten Psoriasis vulgaris nur nach Ausschluß eines Pilzbefalls (oft einseitig, Pilzkultur!) und eines Kontaktekzems (Anamnese, eventuell Epikutantestung) gestellt werden. Therapeutisch stehen salicylsäurehaltige Externa oder die UV-Bestrahlung zur Verfügung. In hartnäckigen und ausgeprägten Fällen kann auch die kurzzeitige Anwendung von Corticosteroid-Externa unter Okklusion oder die innerliche Gabe von aromatischem Retinoid versucht werden.

Dr. W. Sterry, Universitäts-Hautklinik Köln

Fall 1030 1826

Wolff-Parkinson-White-Syndrom mit intermittierender Antesystolie (Präexzitation) und paroxysmaler supraventrikulärer Tachykardie.

Obere Streifen: Normale Kammerkomplexe alternieren regelmäßig mit Antesystolen, welche wegen »akzessorischer« AV-Überleitung (Kent-Bündel) ein verkürztes AV-Intervall, eine gestörte Erre-

gungsausbreitung (Delta-Welle) und Erregungsrückbildung aufweisen. Bei etwa einem Drittel der Patienten mit WPW-Syndrom sind Antesystolien nur intermittierend nachweisbar; sie treten aber nur selten in einem alternierenden Wechsel mit den Normalschlägen auf.

Untere Streifen: Während dieser tachykarden Episode (Dauer 5 Minuten) gab der Patient im Tagebuch seine bekannte Symptomatik an. Die Phase entspricht einer paroxysmalen supraventrikulären Tachykardie, wie sie für das WPW-Syndrom typisch ist. Die Vorhofaktionen (P) sind infolge Überlagerung mit den Kammerendschwankungen (T) nicht erkennbar.

Katamnese: Seit der Verordnung von Ajmalin ist der Patient symptomfrei.

Dr. E. Fischer und Dr. F. Graf, Departement für Innere Medizin, Universitätsspital Zürich

Fall 1031 1865

Bullöser Lichen ruber. – Die exanthematisch auftretenden flachen Papeln mit Wickhamscher Streifung sowie die Mitbeteiligung der Mundschleimhaut ermöglichten bereits klinisch eine sichere Diagnose, die feingeweblich bestätigt wurde. Beim Lichen ruber kommt es zu einer hydropischen Degeneration des Basalzell-Lagers der Epidermis, hervorgerufen durch ein lymphozytäres subepidermales Infiltrat. Wenn diese Zerstörung der Basalzellen besonders ausgeprägt ist, kann es auch zu einer blasigen Abhebung der Epidermis vom Corium kommen. Da die Blasendecke fast die gesamte Epidermisdicke beträgt, sind die Blasen, ähnlich wie beim Pemphigoid, fest und prall.

Beim Pemphigus vulgaris sind demgegenüber nur schlaffe, leicht zerplatzende Bläschen zu beobachten, die Diagnose wird hier, wie beim Pemphigoid, durch Nachweis von Antikörpern gegen Bestandteile der Epidermis oder der Basalmembranzone gesichert. Ein bullöses Arzneimittelexanthem geht im allgemeinen mit großen, rötlichen, oft kokardenartigen Plaques einher, die im Zentrum nekrotisch oder bullös werden.

Dr. W. Sterry, Universitäts-Hautklinik Köln

Fall 1032 1866

Chronische Osteomyelitis des Sitzbeines rechts. – Der diffuse, entzündlich destruktive Prozeß hat das ganze rechte Sitzbein befallen, mehrere kleine, dichte Fragmente entsprechen Sequestern. Die reaktive Knochenneubildung hat zu einer Auftreibung des rechten Sitzbeines gegenüber links geführt.

Die Vorgeschichte ergab, daß der Patient sich seit Jahren auf dem Gesäß sitzend, mit den Händen seitlich aufstützend, über den Fußboden durch das ganze Haus bewegt. Vor einem Jahr habe er einen Abszeß am rechten Gesäß gehabt, röntgenologisch konnte jetzt eine Fistel von der Haut bis in das rechte Sitzbein nachgewiesen werden, aus der sich Eiter entleerte.

Literatur: Murray, R. O., H. G. Jacobsen: The Radiology of Skeletal Disorders, Vol. III (Churchill Livingstone: Edinburgh–London–New York 1977), 1554.

Dr. W. Lotz, Abteilung für Radiologie und Nuklearmedizin des Kreiskrankenhauses Stormarn, Bad Oldesloe

Fall 1033 1905

Mehrkernige Riesenzelle vom Fremdkörpertyp als Reaktion auf die 5 Wochen zurückliegende Kontrastmittelgabe (Lipiodol® Ultra-Fluid) bei Lymphangioadenographie. Zytologisch fanden sich keine Hinweise auf eine Lymphogranulomatose im untersuchten Bereich.

Dr. B. Neidhardt, Prof. Dr. K. Th. Schricker, Chirurgische Universitätsklinik Erlangen

Fall 1034 1906

Schocklunge. – Die Aufnahmen dokumentieren, ebenso wie das typische Blutgasverhalten, den Spätverlauf der sogenannten Schocklunge, besser adultes Atemnotsyndrom (»adult respiratory distress syndrome«, ARDS) genannt. Dem Stadium des interstitiellen Ödems (hier nicht dargestellt) folgt das des alveolären Ödems. Man erkennt auf der linken Aufnahme die dichten, zum Teil azinär konfigurierten alveolären Infiltrate mit dem dazwischenliegenden lufthaltigen Bronchialbaum. Durch die PEEP-Beatmung kam es nicht zu wirklicher Besserung, sondern einer »Röntgenkosmetik«, zum Teil mit Entleerung der Alveolen, zum Teil mit Überblähung der oberen und mittleren Lungenabschnitte, die einen Pneumothorax oder ein Pneumomediastinum zur Folge haben können und damit die Wirksamkeit der Beatmung herabsetzen.

Dr. H. Treugut, Radiologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Fall 1035 1945

Morbus Behçet. – Die Symptomenkombination mit Fieber, Gelenkschmerzen und Gelenkschwellungen, Aphthen im Mund- und Genitalbereich ist klassisch. Bei diesem Krankheitsbild handelt es sich um eine Vaskulitis der kleinen Arteriolen; die Vaskulitis kann außer dem Hautorgan auch den Magen-Darm-Trakt, die Synoviae sowie nicht selten auch das zentrale Nervensystem betreffen. Zusätzlich finden sich meist eine Uveitis und Iridozyklitis. Diagnostisch wertvoll ist im akuten Stadium die Auslösbarkeit der Vaskulitis durch intrakutane Kochsalzinjektionen (Nachweis durch Biopsie; Test nach Katzenellenbogen).

Ein fixes Arzneimittelexanthem, beispielsweise nach Sulfonamid-Gabe, geht nicht mit Aphthenbildung einher und kann deshalb klinisch bereits abgegrenzt werden. Eine Candida-Infektion scheidet ebenfalls aus, da sie nicht nekrotisch verläuft.

Dr. W. Sterry, Universitäts-Hautklinik Köln

Fall 1036 1946

Osteomyelitis. – Während die Röntgenaufnahme nur einen unauffälligen Knochen mit einer kleinen Gasansammlung neben der Corticalis zeigt, kann die sichere Diagnose durch die Computertomographie gestellt werden. Man erkennt eine ödematöse Durchtränkung der Weichteile, Gasblasen neben der Corticalis und vor allem eine Dichtezunahme im Markraum als Zeichen einer Markphlegmone bei Osteomyelitis.

Dr. H. Treugut, Radiologisches Institut des Katharinenhospitals Stuttgart

Namenverzeichnis[1]

[1] Die fettgedruckten Zahlen bedeuten Originalarbeiten.

Personalnachrichten

Ernennungen, Berufungen

Ehrungen, Auszeichnungen, Preise

Habilitationen, Dozenturen

Emeritierungen, Rücktritte

Geburtstage

Todesfälle